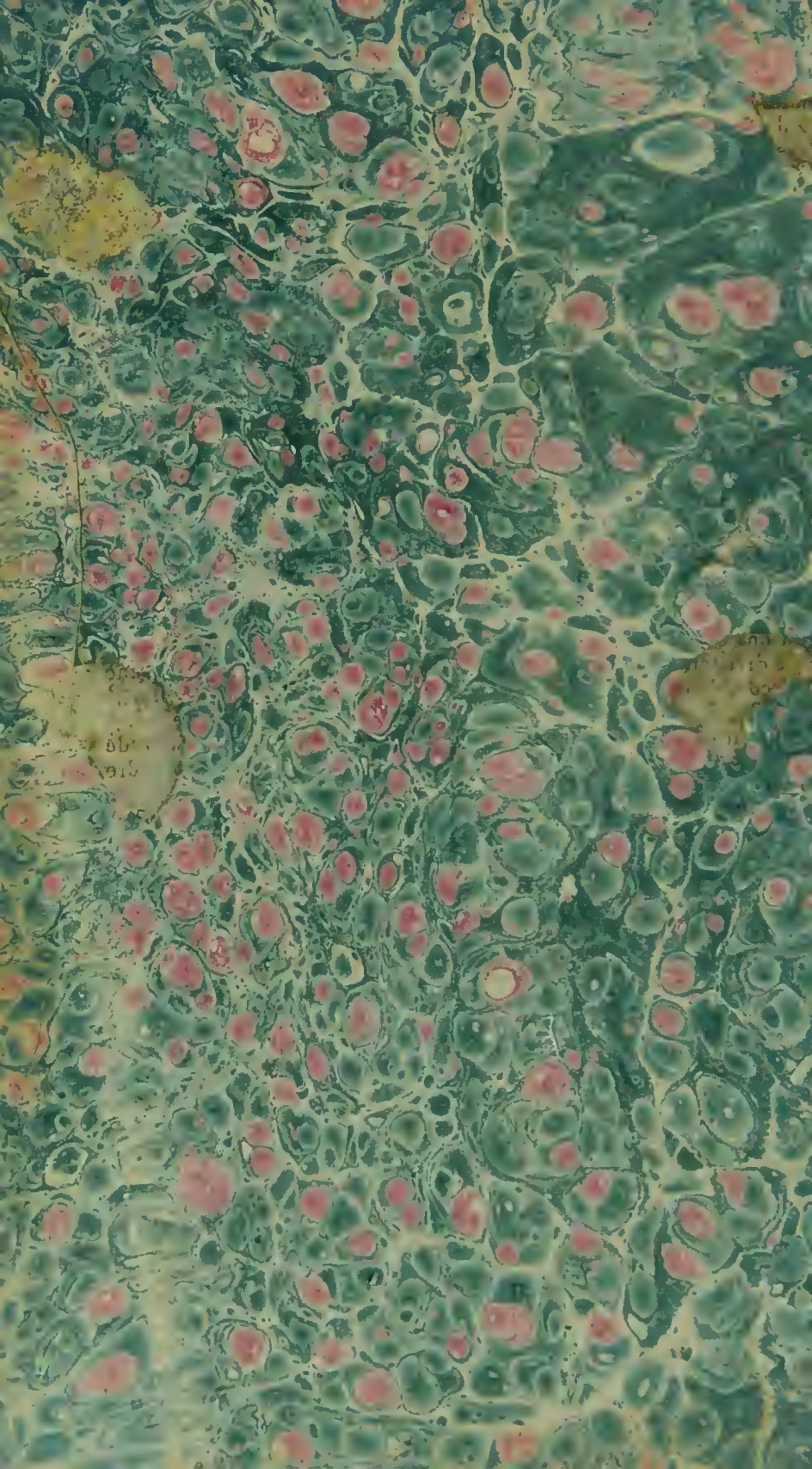
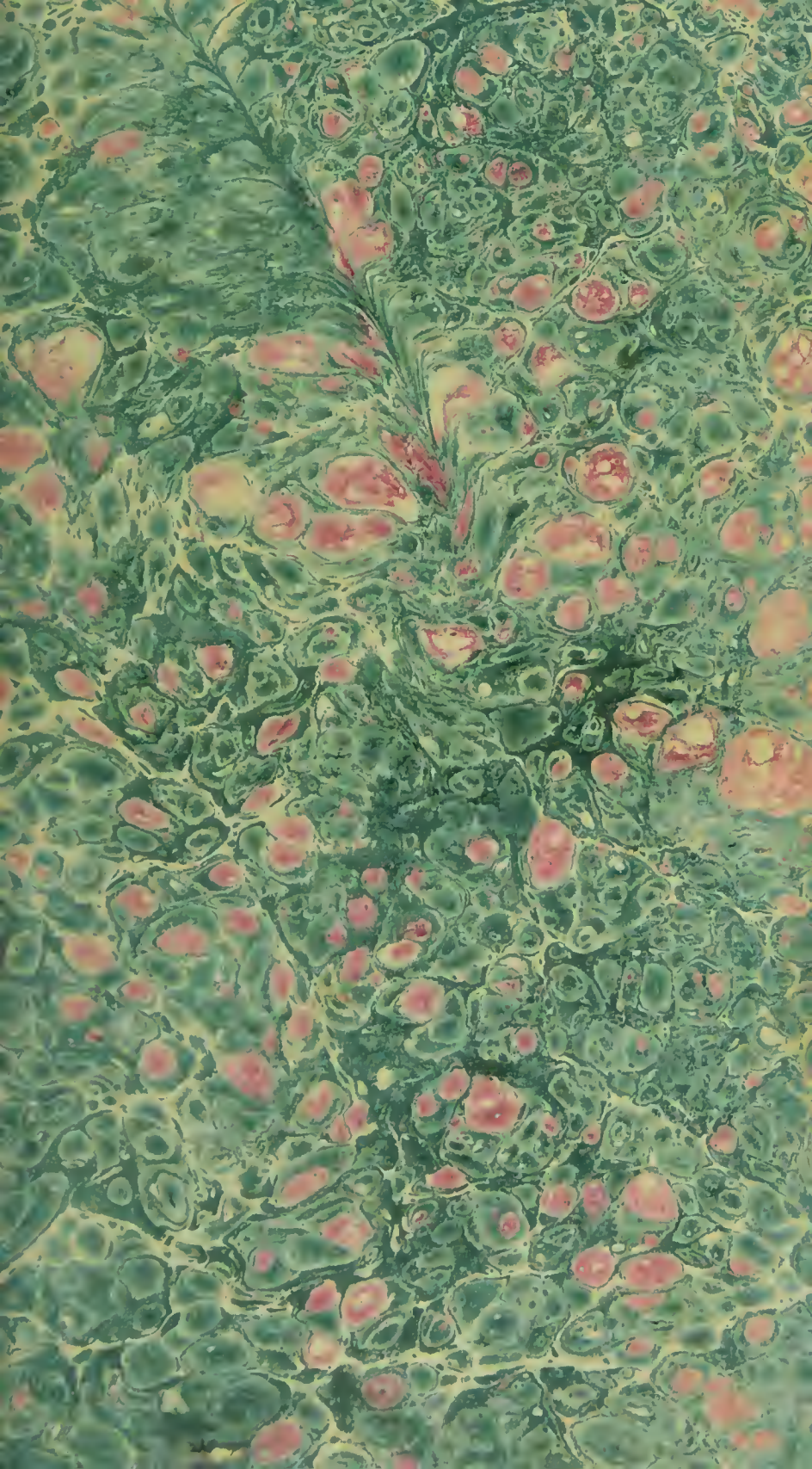
PREM^R PRIX
DEUXIEME
CLASSE

Maillard (le 15 9bre 1811)

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX.

Ouvrages qui se trouvent chez le même Libraire.

Les deux exemplaires, en vertu de la Loi, sont déposés à la Bibliothèque Impériale.

A. thubertrand

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX,

OU

EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS

SUR LES MALADIES QUI AFFECTENT CES ORGANES.

TRADUIT DE L'ITALIEN D'ANT. SCARPA,

Professeur d'Anatomie et de Chirurgie-pratique à l'Université de Pavie.

SECONDE ÉDITION,

Augmentée d'un extrait de l'ouvrage du D. WARE, intitulé : *Chirurgical observations relative* TO THE EYE, etc. London. 1805,

PAR J. B. F. LÉVEILLÉ,

Docteur en Médecine de l'École de Paris; Membre des Société et Académie de Médecine; des Sociétés médicale d'Émulation, d'Histoire naturelle, Philomathique de la même ville, de l'Académie impériale de Turin, des Sociétés de Médecine, de Chirurgie et Pharmacie de Bruxelles, de celles de Montpellier, de Grenoble, etc. etc.

TOME PREMIER.

PARIS,

Chez ARTHUS BERTRAND, Libraire, Acquéreur du fonds de BUISSON, rue Haute-Feuille, n.° 23.

1807.

DISCOURS

DU TRADUCTEUR.

La nécessité où je me trouve d'offrir une seconde fois au Public la traduction d'un ouvrage aussi important que ce Traité, est l'effet de l'assentiment général qu'il a reçu des praticiens éclairés : aussi me suis-je efforcé de rendre cette édition beaucoup plus correcte et plus exacte que la première. Je ne sais si on me saura gré des nouvelles additions que j'ai crues indispensables : le lecteur auroit pu, sans doute, s'en passer ; et si je me suis permis d'aller contre ses désirs, j'en trouverai l'excuse dans l'intention qui m'a dirigé. Ayant tous les jours occasion de diriger le traitement de quelques maladies des yeux [1],

[1] Je préviens les personnes qui auront à me demander des conseils sur quelques maladies des yeux, que je ne puis les recevoir que depuis huit heures du matin jusqu'à dix, en mon domicile, rue Neuve-des-Petits-Champs, n°. 53, le reste de la journée étant uniquement consacré à l'exercice de ma profession de médecin.

j'ai depuis quatre années recueilli beaucoup de faits, parmi lesquels je n'ai choisi qu'un petit nombre de ceux qui s'attachent plus particulièrement à la doctrine du professeur Scarpa : ce sont ceux qui m'ont offert un intérêt majeur, et dont les résultats sont propres à fixer l'attention des praticiens. Parmi les observations que je crois devoir conserver et méditer, il s'en trouve qui ont trait à quelques affections organiques du tissu des paupières, sur le traitement desquelles l'opinion n'est pas encore fixée. Pour remplir cette lacune, il me faut encore d'autres faits, avant que je puisse présenter un travail particulier sur cette matière.

Maintenant je crois devoir donner quelques détails sur la manière dont est conçu cet ouvrage, et sur l'utilité dont il peut être non-seulement aux jeunes gens qui se livrent à l'étude des maladies des yeux en particulier, mais encore aux personnes qui cultivent, avec raison, toutes les branches de la chirurgie.

Le mérite d'un traducteur se connoît au choix de ses originaux, et à l'exactitude de

la version qu'il en fait. Ces deux conditions sont absolument essentielles pour celui qui entreprend un pareil travail : il est certain de réussir toutes les fois que le lecteur les trouve exactement remplies dans une traduction. Je me suis conformé à cette règle, autant qu'il m'a été possible, en publiant dans notre langue un ouvrage qui, depuis long-temps, nous devenoit nécessaire, eu egard aux progrès immenses de nos connoissances chirurgicales en général, progrès que personne ne s'étoit encore occupé d'appliquer à l'étude des maladies des yeux. Le professeur Scarpa s'étoit imposé depuis plusieurs années cette tâche pénible; il vient de publier ses longs travaux, le fruit de son expérience et de ses observations : enfin nous sommes à présent en possession d'idées plus étendues, de connoissances plus exactes sur les affections morbifiques propres aux voies lacrymales et à l'organe immédiat de la vue.

Tous les jeunes gens qui se livrent à l'étude de la chirurgie doivent déjà être suffisamment instruits sur l'anatomie et sur la physiologie : c'est aussi la raison pour laquelle ils ne liront

pas, dans l'Ouvrage que je publie, une description de l'œil et de ses dépendances, comme l'ont fait jusqu'ici presque tous les écrivains-oculistes. Répéter encore une fois tout ce qui se trouve dans tous les livres écrits *ex professo* sur cette matière; ne donner qu'une exposition briève et raccourcie de la structure et des fonctions d'un organe qui mérite d'être traité avec beaucoup d'étendue, eût été ne rien ajouter de nouveau, courir les risques de suggérer des idées fausses à des élèves pour lesquels il faut entrer dans les détails les plus minutieux. Telle n'étoit pas l'intention de l'auteur, qui n'admet pas de demi-connoissances en anatomie, non plus qu'en chirurgie. Son but est d'être utile en instruisant; et en se bornant à la chirurgie des yeux, je pense qu'il a parfaitement atteint le but qu'il se proposoit.

Les plaies proprement dites des paupières et du globe de l'œil ne sont pas mentionnées dans cet Ouvrage : elles appartiennent à la chirurgie générale, puisqu'elles présentent les mêmes phénomènes et exigent le même traitement que celles qui s'observent sur toute

autre partie du corps; mais les lésions propres des fonctions des voies lacrymales, de celles des paupières, de leur membrane interne et de la conjonctive, ont d'abord fixé l'attention de l'auteur, avant celles qui peuvent intéresser immédiatement le globe de l'œil.

Le reflux d'une matière *puriforme* par les points lacrymaux, en comprimant le sac lacrymal, n'est plus un signe pathognomonique de la maladie de ce sac même, ni une indication positive pour guérir à l'aide d'une opération. Souvent la maladie n'a pas son siége dans le sac, mais bien dans les glandes de Meïbomius, et surtout dans la texture de la membrane interne des paupières, devenue organe secréteur d'une matière abondante, qui, au simple coup d'œil, a beaucoup de rapport avec le pus, sans en être pour cela : d'où la désignation de *matière puriforme*; en sorte que la tumeur formée par la pression de cette matière abondante contre les parois du sac lacrymal disparoîtra toutes les fois que l'on rétablira l'état de santé de la membrane interne des paupières et des glandes de Meïbomius. Dans ce cas, la tumeur que l'on aperçoit dans l'angle interne des paupières,

est moins une maladie particulière, que le symptôme propre de la lésion organique des glandes de Meïbomius et de la membrane interne des paupières. Par suite de pressions long-temps continuées de dedans en dehors sur les parois du sac, celles-ci peuvent s'altérer et former une véritable fistule lacrymale plus ou moins compliquée : alors la cause ne réside pas dans le sac, mais plus loin dans les paupières; et si souvent il est arrivé de ne guérir qu'avec peine une fistule lacrymale, ou bien de ne la jamais faire disparoître, c'est que l'on méconnoissoit la cause première, à laquelle on ne remédioit point, puisque la chirurgie ne portoit ses vues que vers le canal nasal, qu'elle présumoit toujours oblitéré ou malade; qu'elle ne trouvoit jamais, ou que rarement, dans cet état, puisque les sondes, les cordes à boyau, les canules, etc., etc., le pénétroient presque toujours avec facilité. Sous ce rapport, il n'est pas douteux que nous n'ayons fait un pas de plus vers la perfection; que nous n'ayons des idées plus exactes sur la nature de cette maladie, et par conséquent sur le véritable traitement qui lui convient.

L'extirpation des tumeurs cystiques qui ont leur siége dans les paupières est digne de remarque, aussi bien que le mode le plus convenable pour détruire le renversement de ces mêmes paupières en dehors, lorsque la cause réside dans la tunique qui les tapisse du côté du globe de l'œil. En effet, s'il n'y a point eu autrefois de perte de substance dans la peau des paupières, ce dont on est certain lorsqu'il n'y a aucune cicatrice extérieure, la cause de ce renversement est dans la membrane interne devenue malade. On ne guérira point par aucune opération faite à l'extérieur, dans la vue d'augmenter la surface des tégumens; et on sera toujours sûr de réussir, lorsque l'on portera son attention sur cette membrane devenue fongueuse, par suite dure, calleuse, insensible. Sur ce point, l'opinion des praticiens doit être fixée aujourd'hui, tandis que l'on n'en avoit presque aucune autrefois. Dans le cas de perte de substance de la peau des paupières, le renversement, d'abord occasioné par la cicatrice, deviendra plus considérable, à mesure que la membrane interne qui les tapisse sera plus expo-

sée à l'air. Si on ne peut espérer un succès complet, au moins remédiera-t-on sûrement à la difformité énorme qui existera, non en cherchant à détruire la cicatrice primitive pour en déterminer une à surface plus étendue, mais bien en retranchant, par les moyens convenables, cette portion de la membrane interne dégénérée en fongosités, callosités, etc. C'est par des moyens absolument contraires que l'on guérit la *trichiase*. Il ne s'agit pas d'arracher les cils, comme le conseillent encore beaucoup de praticiens modernes, mais de faire en sorte que les ourlets ou les bords des tarses ne soient plus roulés de dehors en dedans, en totalité ou en partie, en pratiquant une excision méthodique sur toute la longueur transversale, ou dans un point seulement des tégumens qui recouvrent les paupières en dehors.

Les bords des paupières sont quelquefois affectés d'une maladie inflammatoire, caractérisée par un petit bouton douloureux appelé *orgelet*. A cette occasion, l'auteur la décrit comme un petit furoncle, et nous donne des idées puisées dans la doctrine de John *Hunter*,

sur la différence qui existe entre la manière d'être de cette affection et celle du flegmon. Cette comparaison, quoique fort courte, ne laisse pas que d'ajouter à nos connoissances sur la théorie des inflammations; elle peut intéresser les étudians, et encore les maîtres de l'art. On en doit dire autant des inflammations de la conjonctive, divisées en vraies ou essentielles, en chroniques ou par relâchement, en consensuelles ou dépendantes d'affections gastriques, etc., en celles qui sont propres aux enfans peu de temps après leur naissance, en vénériennes, scrofuleuses, etc. D'après la description des symptômes propres à chacune de ces affections, le traitement devient évident: il est facile d'éviter ces écarts, que ne commettent que trop souvent ceux qui ne sont pas suffisamment instruits sur ces matières. La conjonctive peut être fortement enflammée, et la portion de cette membrane qui recouvre la cornée, n'être que foiblement ou point du tout altérée. Quelquefois cette portion est aussi malade: il en résulte un obscurcissement appelé *nuage* de la cornée, maladie que l'on prend

souvent, au premier coup-d'œil, pour un *albugo* ou un *leucoma*. On évite cette erreur lorsqu'on observe attentivement la maladie qui a présidé ou qui accompagne le *nuage*; car on voit bientôt que la texture propre de la cornée est intacte, et que la pellicule mince qui la recouvre est la seule affectée. *Avicenne* l'avoit déjà remarqué; mais il me paroît que les auteurs n'ont fait aucune attention à ce qu'il a écrit sur ce point de pratique. Le lecteur ne sera pas moins content des chapitres qui traitent du *ptérygion* et de l'*encanthis*. Fabrice de Hilden nous conserve une belle observation relative à cette dernière maladie de la conjonctive et de la membrane interne des paupières; mais peu d'écrivains célèbres ont exposé la meilleure manière d'opérer le *ptérygion*, affection dépendante du relâchement du tissu de la conjonctive, et surtout de celui des vaisseaux veineux qui la pénètrent et qui en sont la cause principale.

Les maladies du globe de l'œil proprement dit sont les ulcères de la cornée, l'hypopion, la procidence de l'iris, la cataracte, le resser-

rement de la pupille, les staphylômes, les hydropisies, l'amaurose, l'héméralopie, etc., etc. Je ferai remarquer ici, 1°. l'hypopion traité d'après la doctrine de Hunter sur les inflammations, et par conséquent d'une manière tout-à-fait neuve et différente de toute exposition connue jusqu'à ce moment; 2°. la cataracte que l'auteur opère avec une simple aiguille, quelle que soit sa consistance ou sa nature. La méthode par *dépression* ou par *déplacement* est reproduite des anciens et sous un autre point de vue. Elle est calculée d'après les fonctions du système des vaisseaux absorbans exactement connus de nos jours, et fondée sur des observations-pratiques dont ont parlé tous les oculistes qui n'ont pu expliquer aucun des phénomènes qui se passoient sous leurs yeux : en sorte que, sous ce rapport, on peut regarder comme nouvelle l'opération de la cataracte par dépression ou par déplacement puisqu'elle ne nous donne, pour ainsi dire, aucune des idées annexées au procédé opératoire des anciens. Nous avons également une manière sûre d'ouvrir avec succès une pupille artificielle, essentiellement différente de celles

proposées par *Cheselden*, *Janin*, et tout récemment par le célèbre *Demours*, médecin oculiste de Paris.

Celse nous avoit parfaitement décrit l'opération qui convient au traitement du staphylôme de la cornée. Cette méthode, tombée en désuétude, a servi de règle au professeur Scarpa, qui l'a modifiée d'après sa propre expérience, et qui a précisé ses idées sur la nature du staphylôme de la cornée, puisqu'il n'entend point parler de cette tumeur herniaire formée par la procidence de l'iris à travers une ouverture de la cornée, mais de l'altération de cette membrane dans son tissu, altération qui a été également remarquée par *Richter*, célèbre écrivain de Gottingue. Le traitement qui convient pour la cure de l'hydropisie du globe de l'œil est absolument le même que pour le staphylôme. Des observations constatent pour la première fois que la sclérotique peut être affectée de staphylôme; mais le professeur Scarpa ne l'ayant observé qu'après la mort, nous n'avons aucun signe qui nous indique sa présence, et nous ignorons encore comment il faut le traiter.

Dans l'Ouvrage dont je publie la traduction, on ne trouvera aucune exposition historique de tout ce qui a été dit et fait jusqu'à nos jours sur telle ou telle maladie. Ce travail n'a pas été négligé par tous les auteurs qui ont écrit des Traités complets de chirurgie, entr'autres par *Heister*, et de nos jours par *Bertrandi*, sans parler de tous les hommes célèbres qui n'ont écrit que sur la pratique des opérations. L'auteur s'est abstenu de toute érudition de ce genre, en suivant exactement le plan qu'il s'étoit proposé; en ne donnant, à l'imitation de *Pott*, que le résultat de sa pratique; en se conformant d'ailleurs strictement à ce qu'il a promis dans la préface de son livre, qui a pour simple titre : *Osservazioni e sperienze sulle malattie degli occhi*. Il n'a pris chez les anciens et chez les modernes que ce qui convenoit pour appuyer la valeur de ses opinions, et en cela il nous a démontré combien on a tort de trop négliger la lecture des ouvrages qui ont paru dans les temps les plus éloignés de l'époque où nous vivons.

Pour ce qui regarde la diction, le lecteur doit être prévenu que l'auteur a eu principa-

lement en vue l'instruction des jeunes gens qui ne font que commencer leurs études; qu'il a voulu être clair, précis, et ne jamais perdre de vue son objet. Pour cela il n'a pas négligé d'entrer dans les détails les plus minutieux; il s'est répété souvent, pour fixer davantage sur telle ou telle idée, qu'il n'abandonne jamais sans être certain d'avoir été bien entendu et compris. Il faut constamment supposer le professeur en présence d'un auditoire nombreux, ayant sous les yeux la maladie dont il parle et dont il donne la plus ample description : il faut le supposer parler dans l'instant même qu'il opère, saisir et communiquer sur-le-champ ce qui se présente, même lorsqu'il ne le prévoyoit pas; faire tout observer : alors on aura l'idée la plus exacte de la manière dont l'ouvrage est écrit.

Comme traducteur, je n'ai rien dû changer; j'ai dû me conformer avec rigueur à l'art de la *démonstration*, et c'est en quoi j'ai suivi mon modèle autant qu'il m'a été possible. Cette tâche me devenoit facile à remplir. En effet, j'ai eu l'avantage d'entendre constamment, pendant une année entière, les leçons

de chirurgie faites à l'Université de Pavie; j'ai suivi assidûment l'École de chirurgie clinique, et j'ai été à portée de saisir toutes les idées du professeur Scarpa sur les maladies nombreuses qui se sont présentées. Ajoutez à ces circonstances heureuses, que cet homme célèbre, en me comblant de ses bienfaits, n'a jamais laissé échapper une occasion d'ajouter aux connoissances que j'avois déjà acquises; que, par une certaine prédilection rare, il m'a accordé presque tous les jours une conversation de deux heures, uniquement employée à nous entretenir sur quelque point difficile de la chirurgie. Je ne dois pas taire que je n'aurois pas osé traduire cet ouvrage, si je n'y avois été encouragé par son auteur, qui a eu non-seulement la bonté de me faire observer de près et avec soin tous les cas de maladies des yeux qui se sont présentés à l'École clinique, et qui sont presque tous ceux qui font l'objet de ce travail, mais encore d'entendre la lecture de ma traduction à mesure que je la faisois, de rectifier les idées que je pouvois n'avoir pas saisies ou rendues comme il le désiroit. En un mot, si mon travail a le

mérite de la perfection, peut-être doit-on l'attribuer au professer Scarpa plutôt qu'à moi : c'est un hommage que je rends à la vérité; c'est un tribut que je paie à la reconnoissance. Je serai amplement satisfait, si j'ai seulement pu me rendre aussi utile à mes compatriotes que me permettent de l'espérer les connoissances que j'avois déjà, celles que j'ai acquises depuis, et les peines que je me suis données.

En publiant la première édition de cet ouvrage, j'ai annoncé quelques Mémoires de chirurgie-pratique : un premier volume a paru sous le titre de *Mémoires de physiologie et de chirurgie-pratique* [1], etc. Les matériaux qui doivent composer le second sont coordonnés depuis long-temps; mais j'ai besoin de circonstances plus favorables pour les livrer à l'impression. Il faut espérer que je ne tarderai pas à jouir de cet avantage, en prouvant à mes confrères tout mon zèle pour les progrès de notre art et de la science médicale en général.

[1] Chez Arthus Bertrand, rue Haute-Feuille, n°. 23.

PRÉFACE
DE L'AUTEUR.

J'eus toujours pour habitude constante, dans l'exercice de la Chirurgie, de confronter mes observations avec celles des Maîtres de l'art les plus accrédités, qui fleurirent dans tous les âges; et bien souvent je me félicitai de trouver dans leurs Ouvrages des vérités et des préceptes auxquels ma propre expérience donnoit encore plus de valeur. Ce fut seulement dans une quantité assez considérable de cas et de circonstances relatives aux Maladies des yeux, que les résultats de ma pratique se trouvèrent en opposition avec leurs belles promesses et leurs spécieuses instructions, dont l'exécution me détrompa plus d'une fois sur le bon succès que j'en devois attendre. En outre il m'a semblé que la plupart des Chirurgiens modernes qui ont écrit un Traité complet de Chirurgie, ou simplement de Maladies des yeux, se sont moins occupés du soin de déterminer, d'après l'exactitude de l'observation et la fidélité de l'expérience, quels sont les meilleurs remèdes et les procédés opératoires

si nombreux, et si différens les uns des autres qu'il faut choisir de préférence, que de nous rapporter un grand nombre de formules de médicamens, et de décrire minutieusement toutes les méthodes opératoires proposées jusqu'à ce jour pour traiter ces sortes de maladies. Les Oculistes de profession, uniquement livrés à l'exercice de cette partie de la Chirurgie, et qui sembloient à juste titre promettre à l'Art de grands et de mémorables avancemens, ne nous ont donné que de nouvelles Théories, que la fine anatomie de l'œil contredit le plus souvent; ou bien ne nous ont transmis que des guérisons surprenantes, qui tiennent, pour ainsi dire, du prodige. En effet, ne voit-on pas encore avec peine aujourd'hui des personnes, d'ailleurs fort instruites en Chirurgie, éprises du désir de parvenir à la célébrité d'oculiste, donner aussitôt dans le merveilleux; insérer dans leurs écrits des traits qui dénotent moins le chirurgien sage et prudent, que le véritable charlatan? Qu'y a-t-il de plus contraire au bien de l'humanité, aux progrès de la Chirurgie, et à l'honneur de celui qui l'exerce? car ces promesses inconsidérées s'insinuent facilement dans l'esprit de la jeunesse, qui ignore les difficultés nombreuses, et quelquefois insurmontables, qu'elle rencontre, procède hardiment,

devient entreprenante, et finit par se trouver dans l'embarras, au préjudice de sa propre réputation et de la santé d'autrui.

Si je me suis déterminé à publier ces Observations, fruit de ma pratique et de mes expériences, ce n'est que dans la vue de détacher de cette partie intéressante de la Chirurgie tout ce qu'il y a de faux ou d'exagéré, et de faciliter enfin aux jeunes Chirurgiens, dans les différens cas de Maladies graves des yeux, le choix des remèdes les plus efficaces connus jusqu'à ce jour, et, dans les cas singuliers qui peuvent se rencontrer, celui d'une méthode, dont la simplicité et l'utilité soient, autant que possible, en rapport avec l'état présent de nos connoissances sur cette matière. Dépourvu de toute prévention, mais favorisé par les occasions fréquentes d'employer les remèdes les plus accrédités et les méthodes nombreuses d'opérer, jusqu'alors proposées pour la guérison des maladies qui affectent le plus fréquemment l'organe de la vue, je me trouve à portée de bien connoître l'utilité de quelques moyens curatifs, la nullité ou l'imperfection de quelques autres, quoiqu'également recommandés et prônés. Enfin, je suis autorisé à prononcer définitivement sur ces matières. Il est vrai, je dois le confesser, que, dans mes recherches, je

ne pouvois m'empêcher de reconnoître, en pareilles occasions, la justesse de quelques anciens préceptes, que les modernes ont tout-à-fait négligés, comme aussi de m'apercevoir combien peu on étoit fondé à discréditer et à bannir de la pratique quelques méthodes d'opérer, employées par les anciens Chirurgiens, pour leur en substituer de nouvelles, que l'expérience démontre leur être de beaucoup inférieures.

Je laisse de côté toute hypothèse; j'abandonne toute théorie mensongère, contredite par l'exacte anatomie de l'œil, et par les observations pratiques sur les maladies de cet organe. Je m'efforce donc d'exposer avec briéveté, avec clarté, tout ce que j'ai observé de plus certain et de plus constant sur la nature des maux qui affectent cette noble partie du corps humain : il en est de même pour ce qui concerne la manière la plus sûre de les traiter. Pour faciliter davantage aux jeunes Chirurgiens l'intelligence du manuel des opérations, j'ai cru convenable de joindre à la majeure partie des Chapitres contenus dans cet Ouvrage, le détail d'un petit nombre de cas-pratiques et d'observations que j'ai choisies de préférence parmi les histoires recueillies dans mon Ecole de Chirurgie-pratique, et en présence d'un nombreux concours d'Elèves. Les

exemples sans préceptes sont communément insipides, et les préceptes sans les exemples sont pour le plus souvent obscurs et d'une foible utilité : c'est pourquoi je me persuade avec raison que quiconque suivra exactement le plan curatif que j'indique dans le traitement de cette classe de maux, tant par rapport aux remèdes qu'aux opérations, comprendra non-seulement avec facilité tout ce que j'aurai exposé, mais encore trouvera que toujours, ou le plus souvent, la terminaison sera conforme avec tout ce que j'aurai affirmé. Que peut-on promettre de plus dans l'art de guérir ?

Je ne crois pas que les Praticiens modernes les plus célèbres regardent ce travail comme inutile, uniquement parce qu'ils n'y trouveront peut-être rien qui puisse les intéresser, ou parce qu'ils n'y trouveront pas assez de nouveau pour eux. La droiture de leur jugement pour apprécier les maladies, ainsi que les opérations les mieux applicables à chaque infirmité; les occasions fréquentes qu'ils ont eues de confronter au lit des malades la multitude des remèdes et des procédés opératoires connus, les ont sans doute mis, ainsi que moi, en état d'établir leur pratique sur des bases solides, et de choisir ce qu'il y a de plus certain et de plus utile dans l'exercice de cette branche

de la Science chirurgicale. Mais il n'en est pas ainsi pour la jeunesse studieuse : elle entre dans cette carrière où elle a besoin d'un guide fidèle, afin de ne pas se laisser séduire par les promesses emphatiques de quelques-uns, ou par les préceptes magistraux de quelques autres, qui firent une règle générale de quelques opinions particulières qui n'ont pour base que la théorie ou quelque cas isolé et rare.

Je dois cependant avertir qu'en écrivant ce Livre, je ne me suis point imposé la tâche de donner un Traité complet des Maladies des yeux, mais seulement de parler de ces affections principales que j'ai observées à plusieurs reprises et avec la plus scrupuleuse attention; puisqu'il y en a que je n'ai jamais vues, telles que la procidence de l'œil par cause externe, l'hypopion non précédé d'inflammation sensible des membranes internes de l'œil, et comme on dit, par *métastase;* l'union de la membrane interne des paupières avec le globe de l'œil. Je n'ai pas dit un mot de la réunion congéniale ou accidentelle des paupières entr'elles, du charbon qui les affecte, des plaies avec division du cartilage tarse; des corps étrangers engagés entre les paupières ou implantés dans l'œil, et d'autres accidens semblables, qui ne

peuvent admettre de discussion, eu égard à leur trop grande simplicité, et parce qu'ils se trouvent exposés avec autant d'exactitude que de clarté par tous les Auteurs qui en ont parlé.

On verra encore qu'il m'est souvent arrivé de comprendre dans le même Chapitre des maladies qui, quoique traitées par la plupart des Ecrivains dans autant d'articles séparés, ne présentent, proprement parlant, aucune différence essentielle entr'elles, et qui, malgré la diversité des dénominations qu'on leur a données, se traitent cependant à l'aide des mêmes remèdes et des mêmes opérations. Quant à la *pupille artificielle*, je me suis borné à considérer ce seul cas de pupille naturelle resserrée ou oblitérée, qui a lieu après les inflammations graves internes, suites de l'opération de la cataracte déprimée ou extraite; et je ne l'ai fait que parce que la pratique ne m'a pas encore suffisamment instruit sur le parti à prendre dans les autres circonstances de resserrement de la pupille.

Il en est de même du cancer de l'œil : je ne me suis permis aucun détail, parce que je n'ai recueilli que deux observations de ce genre, qui ne prouvent qu'un fait déjà très-connu, c'est-à-dire l'insuffisance de l'extirpation du

globe de l'œil, toutes les fois que la diathèse cancéreuse a outrepassé un peu les confins du globe lui-même et de ses dépendances. La première est l'histoire d'un enfant de treize ans, d'ailleurs bien constitué et sain en apparence : outre le globe squirreux de l'œil saillant hors de l'orbite, ce malade avoit encore un tubercule de la même nature, situé entre l'angle interne du sourcil et la racine du nez : j'extirpai cet œil ; j'enlevai avec le plus grand soin toutes les duretés, tout le tissu cellulaire affecté, contenu dans l'orbite, et en même temps le tubercule du sourcil. Les progrès vers la guérison furent réguliers jusqu'à parfaite cicatrice. Cet enfant étoit Crémonais, et retourna chez ses parens : quelques mois après, il reparut de nouveaux tubercules durs dans le tissu cellulaire du sourcil, du même côté précédemment opéré, et il s'éleva successivement des fongosités du fond de l'orbite. Ce malheureux éprouva des douleurs continuelles de tête : il fut pris de fièvre lente, de mouvemens convulsifs généraux, au milieu desquels il cessa bientôt de vivre. J'ai observé le second cas sur un homme de cinquante ans, vigoureux et sain sous tous les rapports. Un fongus cancéreux lui comprenoit le bulbe entier d'un œil, et une partie de la paupière supérieure :

je séparai, le plus exactement qu'il me fut possible, la paupière supérieure près de l'arcade orbitaire, où elle me paroissoit très-saine, et avec elle le bulbe de l'œil, et tout ce qui remplissoit la fosse orbitaire. Le traitement consécutif parut être satisfaisant jusqu'au quarantième jour, car on voyoit la cicatrice s'avancer, par degrés, du contour vers le fond de l'orbite. Cependant, au milieu des espérances les plus flatteuses, la plaie devint stationnaire, on vit des fongosités qui se manifestoient dans différens points du fond de l'orbite. En vain je tentai de les détruire avec la poudre de sabine et la pierre caustique : le malade fut tourmenté de douleurs violentes de tête; il eut une fièvre nerveuse, perdit l'usage de ses sens et mourut.

Pour le plus grand avantage des Etudians, j'ai cru nécessaire de joindre à ces Observations trois Planches, dont la première représente les voies lacrymales, et sur-tout le sac lacrymal dans sa situation et dans son étendue naturelle : car, comme pour guérir heureusement une fistule lacrymale, il importe beaucoup que le sac soit amplement ouvert dans toute son étendue, au-dessous du tendon ou du ligament du muscle orbiculaire, et que l'incision soit exactement dans la même direc-

tion que l'axe du sac, il est donc très-important que le jeune Chirurgien ait une connoissance parfaite de la véritable position de ces parties, ainsi que de leur direction précise. Les Gravures que nous avons en ce genre ne donneroient sur ce point que des notions imparfaites et difficiles ; car elles consistent à peine dans quelques segmens de la face, dénués de toute série de rapports des voies lacrymales avec les parties voisines et avec tout le reste de la tête. La seconde Planche offre l'aspect de quelques maladies des yeux, dont le dessin ne me paroît pas encore avoir exprimé jusqu'à ce jour toute la vérité. Enfin, dans la troisième, on trouve les Instrumens qui, réunis à ceux d'Anel, et à ceux que le Chirurgien porte ordinairement dans sa poche, composent, à mon avis, l'*armamentarium*, ou l'ensemble de ceux dont peut avoir besoin le Chirurgien-oculiste.

Persuadé que mon travail sera utile, et de quelque prix pour les jeunes Chirurgiens auxquels il est particulièrement adressé, je me propose de suivre le même plan, de publier successivement tout ce que j'aurai pu observer de plus important, et tout ce que je verrai ou éprouverai utilement dans les autres parties de la Chirurgie.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, OU EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS

SUR LES MALADIES QUI AFFECTENT CES ORGANES.

CHAPITRE PREMIER.

Du Flux puriforme des paupières, et de la Fistule lacrymale.

C'est une idée généralement reçue parmi les chirurgiens, qu'il existe une *fistule lacrymale* toutes les fois qu'en comprimant l'espace qui se trouve entre le nez et l'angle interne de l'œil, il reflue par les points lacrymaux une matière striée de larmes, visqueuse, granuleuse, jaunâtre et semblable à du pus. Cette dénomination de *fistule lacrymale*, propre à caractériser cette maladie dont j'entreprends de parler, seroit peu

digne de remarque, si elle ne présentoit qu'une inexactitude dans l'expression, de manière à ce que le diagnostic et le traitement fussent toujours les mêmes. Mais puisque le mot *fistule*, appliqué au vice dont il est question, offre une erreur de fait qui peut facilement tromper les jeunes chirurgiens, et les écarter du vrai chemin qui conduit à la connoissance exacte de cette infirmité, de celle des autres vices des voies lacrymales et du traitement le plus efficace, je juge donc convenable d'établir une distinction entre ces deux maladies. J'appelle *flux palpébral puriforme* cet état contre nature des voies lacrymales dans lequel, en comprimant le sac, d'ailleurs sain dans toutes ses parties, il reflue par les points lacrymaux une matière visqueuse, granuleuse, jaunâtre, semblable à du pus, sans en être pour cela ; et je caractérise de *fistule lacrymale* cette maladie, dans laquelle non-seulement le sac lacrymal, distendu outre mesure, est ulcéré et fongueux intérieurement, mais encore dans laquelle ce sac laisse voir une ouverture, une érosion extérieures, compliquées de carie de l'os *unguis*.

Ce n'est pas dans le sac lacrymal, comme le prétendent des chirurgiens peu instruits sur ces matières, qu'il convient de rechercher la source au moins de la plus grande partie de cette hu-

meur visqueuse, granuleuse, jaunâtre, mêlée avec les larmes : cette matière est transmise dans cette cavité par les points lacrymaux, d'où elle regorge pour reparoître sur les paupières et sur la surface de l'œil, chaque fois que l'on comprime le sac qui s'est rempli peu à peu. Sa source réside dans la membrane interne des paupières, et principalement de l'inférieure, le long du tarse, et plus particulièrement encore dans la série des glandules de *Meïbomius*, dont l'action secrétante est altérée dans cette maladie, tant par la surabondance de cette humeur sébacée, granuleuse, jaunâtre, qui s'écoule, que par la qualité âcre et irritante de la matière que sécrètent ces mêmes glandes.

Un tel désordre de sécrétion dans les glandules sébacées, situées le long du tarse, reconnoît le plus souvent pour cause l'afflux humoral rheumatique, l'affection scrofuleuse, la métastase varioleuse, et les maladies croûteuses de la peau imprudemment répercutées. De plus, la membrane interne des paupières du côté malade n'a plus la même action sécrétante ; elle donne en même temps une légère mucosité, dont le mélange avec la matière sébacée fournie par les follicules de Meïbomius contribue grandement à accroître la quantité de l'humeur visqueuse, qui, dans une

telle circonstance, se répand sur l'œil et sur les paupières [1].

Pour se convaincre de cette vérité de fait, il ne s'agit que de renverser les paupières affectées, et sur-tout l'inférieure, du côté où, à l'aide de la compression du sac, on fait sortir l'humeur puriforme : alors il n'est plus besoin que de comparer les paupières de l'un et de l'autre œil. Voici ce qu'on observe constamment du côté malade : la membrane interne est plus rouge que dans l'état naturel; elle est comme veloutée sur toute l'étendue du tarse; son bord libre est gonflé, et sur sa surface se dessinent de nombreux vaisseaux variqueux; les follicules de Meïbomius sont plus gorgés, plus relevés, et souvent, en les observant avec la lentille, ils paroissent légèrement ulcérés. Au contraire, du côté sain, la membrane est d'un rouge pâle et tout-à-fait lisse; le bord libre n'est pas plus gonflé que de coutume; il ne s'y distingue pas de vaisseaux variqueux; enfin, les glandes de Meïbomius ne présentent rien qui ne soit naturel.

La membrane interne des paupières, ainsi veloutée à sa surface, devient donc, dans cette cir-

1. RUDOLPH VEHRENS appelle cette maladie *Epiphora sebacea*. (*Voyez* HALLER dans ses Notes de l'*Etude médicale* de BOERHAAVE.)

constance, l'organe sécréteur d'une quantité de fluide plus considérable qu'à l'ordinaire, et assez semblable à une lymphe visqueuse, qui, comme on l'a dit, mêlée à la matière sébacée qui s'écoule en même temps et en abondance des glandes de Meïbomius, constitue la somme de cette viscosité dont les paupières sont enduites, et qui de là descend continuellement, par la voie des points lacrymaux, dans le sac qu'elle remplit; que souvent elle distend énormément.

En effet, comprime-t-on le sac pour évacuer cette matière? lave-t-on bien l'œil et tout l'intérieur des paupières, de manière qu'il ne reste pas un atome de cette humeur glutineuse, que l'on a fait reparoître par les points lacrymaux? Alors, une demi-heure après cette opération, si l'on renverse les mêmes paupières, on trouve leur face interne, et principalement celle de l'inférieure, enduite d'une nouvelle mucosité, mêlée de matière sébacée, huileuse, jaunâtre. Dira-t-on que cette matière a reflué du sac lacrymal vers l'œil? ne s'est-elle pas plutôt régénérée entre l'œil et les paupières? la villosité de la membrane interne de ces parties, les follicules de Meïbomius n'en ont-ils pas été les organes sécréteurs? Je n'en doute nullement. Cette espèce de flux palpébral gonorrhoïque produit par la virulence de la matière de la gonorrhée, dont le ma-

lade s'est imprégné les doigts, avec laquelle il s'est frotté imprudemment les bords des paupières, nous prouve sans réplique que la membrane interne des paupières, devenue fongueuse ou villeuse, peut changer son action naturelle, et prendre celle d'un organe qui secrète immodérément une abondante mucosité. Dans ce cas, l'œil et les paupières commencent par s'enflammer; en second lieu, la membrane interne se gonfle; elle devient villeuse ou veloutée; il s'en secrète successivement une humeur visqueuse et jaunâtre, semblable à celle qui s'écoule d'un canal de l'urètre affecté de gonorrhée. Cependant dans le flux palpébral puriforme dont il s'agit, et que l'on rencontre communément dans la pratique, la membrane interne des paupières, les follicules de Meïbomius ne secrètent pas autant de mucosité que dans le cas de gonorrhée, et il n'y a pas toujours les symptômes antécédens d'une très-grave inflammation : mais le plus souvent cette sécrétion se fait lentement; et à mesure que cette humeur visqueuse sort des sources que nous avons indiquées, elle se répand sur l'œil, entre cet organe et les paupières, sur leur bord; et par la voie des points lacrymaux elle descend dans le sac, d'où elle ressort d'un trait lorsque l'on fait une compression.

En dernier lieu, pour prouver que, dans cette

maladie, le sac lacrymal n'a d'autre fonction que celle de recevoir avec les larmes cette humeur puriforme que transmettent les paupières malades; il suffit d'observer que si, par accident ou par l'effet des remèdes, cette sécrétion morbifique est retardée ou supprimée, ce réservoir des larmes ne reçoit que peu ou point de viscosité, et, en le comprimant à différens intervalles, il n'en sort point ou que très-peu. En effet, cette maladie est-elle portée à un haut degré? si le hazard fait naître une inflammation; par exemple, un érysipèle à la face, il en résulte, comme dans toutes les inflammations, une suppresion de toute sorte de sécrétion dans les parties affectées, et le sac lacrymal n'est plus le foyer d'une quantité de matière puriforme. L'inflammation diminue-t-elle, on voit reparoître cette sécrétion de la membrane interne des paupières et des glandes de Meïbomius: le flux a lieu de nouveau. Je me suis maintes fois assuré que cette alternative succède également quand l'art suscite une inflammation des paupières, en introduisant entr'elles et le globe quelque substance fortement irritante: comme aussi j'ai constamment observé que, pour guérir radicalement ce flux palpébral puriforme, il n'y avoit qu'à corriger à propos le vice existant dans l'action sécrétante de la membrane in-

terne des paupières et des glandes sébacées, qui se trouvent le long du tarse.

Cependant, si quelqu'un inclinoit à croire que la membrane interne du sac lacrymal est, plutôt que les paupières, la source de cette humeur puriforme, granuleuse, jaunâtre, qu'il suspende son jugement, et qu'il réfléchisse que la membrane interne qui constitue le sac lacrymal, est la même que celle qui tapisse les sinus *frontaux* et *ethmoïdaux*. Cette membrane subtile, entièrement dépourvue de glandules sébacées, est bien propre à séparer un peu de mucosité, mais non une matière sébacée, onctueuse, semblable à celle qui abonde avec l'humeur puriforme que, dans la maladie dont il est question, on fait refluer sur l'œil. Ce n'est pas que je prétende qu'à cette humeur puriforme, déposée dans le sac par les points lacrymaux, il ne se mêle un peu de cette mucosité qui coule de la membrane : mais est-ce suffisant pour affirmer que le sac lacrymal renferme l'origine première de cette affection?

C'est pourquoi, si la membrane interne des paupières et les follicules sébacées de Meïbomius sont, plutôt que le sac lacrymal, la source de cette maladie, on voit donc combien sont éloignés de la vérité ceux qui confondent ce vice des voies lacrymales avec la *fistule* elle-même, et, par cette

raison, quelles erreurs ils commettent dans le traitement du *flux palpébral puriforme*, en employant les moyens curatifs propres à guérir un ulcère de la surface interne du sac, lorsqu'il n'y en existe point; ou propres à ouvrir dans le nez une voie aux larmes, en dilatant le canal nasal qu'ils supposent obstrué en tout ou en partie: car, dans ces circonstances, le canal nasal ne peut, à proprement parler, être regardé comme rétréci, à moins que ce ne soit relativement à la densité et à la ténacité de la matière puriforme, qui tente une issue des paupières vers la cavité des narines, ou parce que l'irritation qu'elle produit le long des voies lacrymales occasionne un peu d'embarras ou d'engorgement de la membrane des narines qui tapisse ce canal.

Et pour traiter avec toute la clarté possible cette matière, sur laquelle il me semble qu'on a répandu d'autant plus de doutes et d'obscurités, que dans tous les écrits elle se trouve exposée avec peu de soin, qu'il me soit permis de distinguer quatre périodes au *flux palpébral puriforme*. 1.° La matière puriforme, huileuse, muqueuse, secrétée par les glandes de Meïbomius, et par la membrane interne des paupières, se porte et s'accumule dans le sac lacrymal; mais elle descend avec facilité par le canal nasal; elle s'écoule en grande partie dans le nez, et n'occasionne aucune dis-

tension manisfeste du sac, qui, lorsqu'on le comprime, ne donne issue, par les points lacrymaux, qu'à une très-petite quantité de cette matière visqueuse. 2°. L'excès dans la quantité et la densité, non moins que l'engorgement de la membrane interne du canal, s'opposant à l'écoulement entier de cette matière, ou le rendant difficile par le nez; dans le cours de quelques années, le sac lacrymal se distend peu à peu d'une manière sensible, au point de perdre son élasticité naturelle, et de représenter au dehors une tumeur très-saillante. 3.° La matière visqueuse, eu égard à son abondance, à sa densité, à son acrimonie; et plus encore peut-être par l'excès de tension qu'elle exerce contre les parois du sac lacrymal, l'enflamme, le corrode, le fait tomber en suppuration, ainsi que les tégumens qui le couvrent; et détermine enfin un ulcère des voies lacrymales, large en dedans, étroit en dehors : d'où il sort, entre l'angle interne de l'œil et le nez, un mélange de matière puriforme et de vrai pus. C'est précisément à cette troisième époque que convient le mot *fistule lacrymale*, surtout si l'ulcère a été négligé pendant long-temps ou mal traité. 4.° L'état précédent existe; mais il y a une complication de plus : c'est la carie de l'os *unguis*.

En considérant cette série progressive des périodes du *flux palpébral puriforme*, on établit

le degré de différence qu'il y a entre cette maladie et la *fistule lacrymale ;* par conséquent quelle est la véritable et l'unique origine de cette dernière : et comme, par ce que nous venons de dire, la cause primitive et principale de la fistule lacrymale ne réside point dans le sac, ni dans le canal nasal, comme on l'a toujours cru jusquà ce jour, mais dans les paupières, et précisément dans le dérangement de leurs fonctions, il est donc une conséquence inévitable ; que tout moyen curatif de la *fistule lacrymale*, tendant uniquement à guérir l'ulcère du sac, ou à détruire l'obstruction du canal nasal, ne pourra jamais faire disparoître cette maladie pour toujours, à moins qu'une telle pratique ne soit combinée avec les moyens propres à corriger efficacement le vice de la sécrétion palpébrale, à modérer ou dessécher, pour ainsi dire, la principale source d'où dérive la *fistule lacrymale*.

Ainsi, pour ce qui regarde le traitement du *flux palpébral puriforme*, considéré dans son principe; lorsqu'il est récent, et lorsque l'humeur visqueuse, transmise dans le sac par les points lacrymaux, n'éprouve qu'un peu de retard dans cette cavité, sans cependant en distendre sensiblement, ni élever au dehors les parois, la guérison s'effectue sans recourir à l'incision ou à toute autre opération douloureuse. Le plan de traite-

ment consiste, dans ce cas, à modérer l'excessive sécrétion des follicules de Meïbomius, et de la membrane interne des paupières, à laver assidument les voies lacrymales dans toute leur étendue, afin qu'elles ne conservent rien de cette matière sébacée, granuleuse et âcre.

Les topiques stimulans et astringens, appliqués sur le bord des paupières et sur leur membrane interne, les injections détersives faites par les points lacrymaux, conduisent à ce but. Le meilleur remède local stimulant et astringent est, dans ce cas l'onguent ophtalmique de JANIN [1], fait, dans le principe, avec une dose de graisse

[1] Prenez sain-doux, demi-once; oxide de zinc, bol d'Arménie, de chacun deux drachmes; muriate de mercure ammoniacal, une drachme. Après avoir lavé à trois différentes fois le sain-doux dans l'eau de roses, on y mêlera exactement dans un mortier de verre les drogues ci-dessus, qu'on aura eu soin de réduire en poudre subtile. (*Mémoires sur l'œil.*)

N.a J'ai beaucoup employé cette pommade : j'ai constamment remarqué que, d'après cette formule, elle étoit trop forte, et que son application étoit insupportable pour les personnes les plus raisonnables : les enfans ne peuvent s'y accoutumer. L'œil devient très-rouge, et les lotions souvent répétées calment avec lenteur. D'ailleurs, eu égard au petit volume qu'on applique chaque fois, la pommade est en trop grande quantité. J'ai réduit avec succès la formule à celle-ci : axonge, deux gros; oxide de zinc, bol d'Arménie *aa*, quinze grains; muriate de mercure ammoniacal, demi-gros. (LÉVEILLÉ.)

de porc plus forte que celle qui est indiquée dans la formule, afin que les yeux du malade s'accoutument insensiblement à l'action de ce *stimulus*. Matin et soir, le chirurgien en introduira entre les paupières et le globe, proche le petit angle, à l'aide de la pointe obtuse d'une sonde, une portion équivalente à un grain de froment; et avec ce même onguent il frottera le bord des paupières, qu'il frictionnera légèrement après avoir fait fermer l'œil, afin que cet onguent devenu liquide, se répande sur toute la surface interne : cet organe étant recouvert d'un plumaceau et d'une bande, on recommandera au malade de le maintenir pendant deux heures ainsi clos et couvert. Ce temps écoulé, on lavera toutes les parties avec de l'eau fraîche, et, dans le cours de la journée, le malade s'injectera, trois à quatre fois dans l'œil; quelques gouttes d'un collyre fait avec quatre onces d'eau de plantain, cinq grains de sulfate de zinc, et une demi-once de mucilage de semence du coing.

Quand, outre l'affection des glandes de Meïbomius et la villosité de la membrane interne des paupières, il existe encore de petites excoriations superficielles sur l'ourlet des paupières, il y aura de l'avantage à employer en même temps l'onguent *citrin* de la pharmacopée d'Edimbourg : on en fait chauffer un peu dans un vase; il de-

vient comme de l'huile; puis avec le bout du doigt on en enduit les bords des paupières, à l'instant même où le malade est prêt à se mettre au lit. Si ce moyen ne suffit pas, à l'imitation de SAINT-YVES, on aura recours au nitrate d'argent fondu, que l'on promènera légèrement le long de l'ourlet, et aussitôt après on lavera l'œil avec du lait récemment trait.

Ensuite, afin de maintenir dans la plus grande propreté les voies lacrymales, et avant d'appliquer les topiques stimulans et astringens, le chirurgien se servira du petit siphon d'ANEL; il injectera matin et soir, par les points lacrymaux, l'eau distillée de plantain, animée d'un peu d'esprit-de-vin, et chaque fois il renouvellera les injections, jusqu'à ce qu'il soit certain que l'eau a pénétré des points lacrymaux dans le nez.

Les phénomènes qui s'observent ordinairement dans le cours du traitement de la première période du *flux palpébral puriforme*, sont les suivans. Dans les premiers jours, la secrétion de l'humeur visqueuse puriforme est plus abondante qu'auparavant, pourvu que le stimulus produit par l'onguent ophthalmique n'outrepasse pas certaines limites, et ne fasse pas enflammer les paupières [1].

[1] Pour que le remède réussisse, il est nécessaire cependant qu'il produise un certain degré d'irritation,

Ensuite, peu à peu les bords des paupières, principalement celui de l'inférieure, de gonflés et rudes qu'ils étoient, deviennent grêles, mous et flexibles; le volume des glandes de Meïbomius diminue insensiblement; la surface interne des paupières cesse d'être veloutée, et comme fongueuse près de l'ourlet; elle reprend, par degrés, son poli et sa pâleur naturelle. La diminution du *flux palpébral puriforme* est en raison de la rapidité avec laquelle ces changemens se succèdent; de visqueux, tenace et grumeux qu'il étoit, il devient plus ténu et plus fluide; les paupières et les cils n'en sont plus enduits. Si l'on comprime ensuite le sac à différens intervalles, il ne sort, par les points lacrymaux, que des larmes troubles; enfin les sécrétions se faisant comme dans l'état de santé, il ne reparoît rien de cette ancienne matière, ou seulement ce ne sont que des larmes pures et limpides.

Six semaines suffisent pour procurer tous ces avantages, à moins qu'il n'existe des causes opiniâtres, dépendantes de la mauvaise constitution du malade. Dans ce cas, le flux palpébral se renouvelle vers la fin du traitement : les scrofuleux au dernier degré en sont des exemples, sur-tout à

réchauffe les paupières, et suscite une rougeur légère de la conjonctive pendant tout le temps qu'il reste appliqué.

l'approche du printemps et de l'automne : il en est de même de ceux qui sont malsains, ou dont les yeux ont été le siége d'une métastase varioleuse. Alors le traitement est plus long que s'il n'y avoit pas de complication ; mais on réussit enfin lorsqu'outre les topiques dont nous avons parlé, on pratique un séton à la nuque, et que l'on prescrit intérieurement tous les remèdes propres à combattre la force de la discrasie dominante ; remèdes dont nous aurons occasion de parler dans le Chapitre qui traite de l'ophthalmie.

D'après l'exposition de ces principes, relatifs à la première période du *flux palpébral puriforme*, et à la manière de la traiter, on peut apprécier à sa juste valeur ce que FABRICE DE HILDEN rapporte (*Observ. XIX, cent.* 4). Cet observateur a guéri, dans l'espace de quatre mois, à l'aide d'un séton pratiqué à la nuque, et des injections fréquentes d'un collyre approprié aux circonstances, une dame de trente ans environ, qui avoit depuis deux ans une fistule lacrymale. Selon toutes les apparences, ce n'étoit qu'un *flux palpébral puriforme* qui étoit encore dans son premier état, malgré son ancienneté de deux ans : la diversion faite à la nuque, et l'action du collyre, probablement astringent, ont suffi pour réprimer l'écoulement palpébral ; l'œil a cessé d'être sale, et les voies lacrymales embarrassées. Les ocu-

listes-écrivains, tant anciens que modernes, nous ont transmis dans ce genre des exemples nombreux, quoique mis au nombre des fistules lacrymales [1].

Comme, dans les premiers temps de cette maladie, une douleur ne se fait pas sentir; comme les tégumens ne sont pas engorgés dans cet espace qui se trouve entre le nez et l'angle interne de l'œil; comme, pendant le jour, on ne s'aperçoit que d'un simple larmoiement, et, pendant la nuit, de l'union des paupières entre elles; ce larmoiement étant encore plus supportable pour le malade qui a soin de comprimer de temps en temps l'angle interne de l'œil, et de vider le sac de tout ce qu'il peut contenir de matière puriforme, il arrive souvent que les personnes pauvres, même celles qui sont aisées, ne s'en inquiètent nullement, et n'ont recours à la chirurgie que lorsque la maladie a atteint sa seconde période, c'est-à-dire lorsqu'il y a distension, tuméfaction manifestes du sac lacrymal. Outre les remèdes locaux que nous avons indiqués, la guérison ne peut avoir lieu sans l'application de la main.

[1] J'ai vu très-souvent, dit POTT, des fistules lacrymales commençantes, guérir à l'aide seulement d'un bon régime intérieur et de l'application extérieure du collyre vitriolique. (*Observ. on the Fist. lacrym.*)

Le *flux palpébral puriforme* a-t-il atteint sa seconde période : je veux dire, la matière visqueuse des paupières est-elle parvenue, par degrés, à distendre le sac au point de former tumeur? que l'on ne pense pas que, dans les circonstances présentes, l'accomplissement de la première indication qui s'offre au chirurgien, et qui consiste toujours à corriger la secrétion morbifique, suffise pour guérir complétement la maladie; car le vice additionnel produit par l'atonie, ou la rupture des membranes du sac lacrymal, exige de l'art des secours particuliers. La sollicitude et l'attention du praticien doivent être d'autant plus sévères sur ce point, que, 1.° la foible vitalité des membranes du sac, produite par la distension qu'elles ont soufferte, les dispose, ainsi que les tégumens qui les recouvrent, à être ulcérées, dans le cas d'inflammation même la plus légère des parties voisines; 2.° que, malgré la disparition entière de la secrétion morbifique des paupières, le sac demeure alors grandement dilaté, les larmes séjournent encore dans son intérieur : d'où une distension et une dilatation ultérieures; et les inconvéniens absolument inévitables qui en résultent sont un larmoiement perpétuel.

Il est évident que, pour éviter le larmoiement, il n'est pas seulement nécessaire que le canal na-

sal soit suffisamment ouvert dans la cavité des narines; mais encore il faut qu'il y ait une certaine proportion entre le calibre de ce canal et la capacité du sac lacrymal : autrement, si cette capacité est trop grande, les larmes qui coulent par les points lacrymaux perdent de leur première vélocité; leur cours se ralentit; elles s'accumulent dans cette immense cavité, et refluent sur l'œil : tels on voit les fluides perdre de leur rapidité lorsque, chariés par des tubes très-étroits, ils tombent dans de vastes récipiens. Le seul poids des larmes ne suffit pas pour qu'elles descendent par le canal nasal; il faut encore qu'elles se déchargent dans le nez, dans une quantité et dans une proportion égales à celles qu'absorbent les points lacrymaux, en les versant dans le sac qui leur correspond.

Pour satisfaire à cette indication, pour empêcher le séjour de la matière puriforme et des larmes dans le sac distendu, ce dont les chirurgiens-écrivains n'ont pas suffisamment senti l'importance, on a proposé l'usage des bains astringens faits avec une forte solution d'alun dans l'infusion d'écorce de chêne; d'autres ont suggéré la compression stable et long-temps continuée sur le sac dilaté, au moyen d'une machine figurée comme un tourniquet. L'insuffisance de ces moyens est trop connue pour qu'il importe de

l'examiner ici. Il n'y a pas de plan curatif plus efficace que celui qui exige l'incision du sac et l'introduction dans son intérieur des remèdes propres à en rappeler sur elles-mêmes les parois, en ranimant l'action des membranes, ou en diminuant leur trop grande étendue, à l'aide des caustiques.

Dans la seconde période du *flux palpébral puriforme*, lorsque le sac lacrymal est sensiblement dilaté, l'opération seule peut procurer la cure radicale. Le malade est assis; un aide est chargé de lui fixer la tête contre sa poitrine; le chirurgien lui fait fermer les paupières, et comprime doucement celles du côté affecté avec les doigts indicateur et du milieu d'une main, tandis que de l'autre il tient un bistouri droit, qu'il porte immédiatement près de la commissure interne des paupières, au-dessous de cette tache blanchâtre des tégumens qui recouvrent le tendon ou le ligament [1] du muscle orbiculaire; il plonge ensuite hardiment l'instrument, et pénètre dans l'intérieur du sac lacrymal, puis il continue sa section de haut en bas, dans la même direction que celle du repli que la paupière inférieure présente dans cet endroit, et qui correspond à celle du sillon osseux dans lequel le sac est placé [2].

[1] Planche I, c.

[2] Planche I, c. b.

Pour être plus certain du succès, si le chirurgien est ambi-dextre, il ouvrira avec la main droite le sac lacrymal gauche, et avec la gauche celui du côté droit, selon le siége du mal; mais sur-tout que l'on ait grand soin que la pointe du bistouri tombe perpendiculairemeut sur l'os *unguis*, et qu'elle ne soit jamais dirigée obliquement de dehors en dedans, entre le rebord de l'orbite et le globe de l'œil.

Il est essentiel que les jeunes chirurgiens qui auront à pratiquer cette opération ne s'écartent jamais, quel que soit le cas, du précepte que je viens d'établir, et qui consiste à commencer l'incision du sac lacrymal, en plongeant la pointe du bistouri immédiatement au-dessous de ce point blanchâtre des tégumens qui se voit entre le nez et l'angle interne de l'œil. En effet, dans les dilatations morbifiques des parois de cette cavité, constamment accompagnées d'engorgement des parties voisines, on est si incertain de pénétrer avec précision dans le sac, et de le couper exactement selon sa direction, que même les anatomistes les plus exercés peuvent, s'ils perdent de vue ce précepte, s'éloigner de la véritable route, ou ne pas ouvrir le sac de la manière la plus favorable à la circonstance. Au-dessous de ce point que j'ai indiqué, la position naturelle du sac est toujours la même, quelles que soient la disten-

sion et la difformité de cette partie, qui est fortement retenue en place par le tendon du muscle orbiculaire. Toutes les fois que la pointe du bistouri a été plantée avec facilité et avec sûreté dans la partie supérieure de la cavité du sac, l'incision se termine sans peine, en suivant la même direction que celle de l'arc inférieur de l'orbite, au défaut du repli naturel de la paupière inférieure, que le gonflement du sac peut avoir effacé. Cette pratique est d'autant plus importante pour obtenir un bon succès, qu'en se comportant autrement, et en ne fendant pas toute l'étendue du sac [1], on ne peut porter dans son intérieur les remèdes convenables; et l'expérience prouve qu'une petite incision qui ne permet que l'introduction d'un séton, ou d'une tente qui descend jusque dans le nez, ne satisfait pas à la première indication qui l'a déterminée.

Après avoir incisé le sac dans toute sa longueur, de manière que toute sa surface interne soit à découvert, le chirurgien introduira dans son fond une sonde de médiocre grosseur, qu'il dirigera, par le canal nasal, jusque dans la narine correspondante, en donnant à cet instrument une légère inclinaison de dehors en dedans; puis, la sonde étant retirée, il y substituera une petite bougie d'une grosseur proportionnée au

[1] Planche I, c. b.

calibre

calibre du canal : sa longueur sera d'un pouce et demi pour un adulte : on l'enfoncera doucement, jusqu'à ce que son extrémité inférieure ait pénétré dans le nez, et se soit recourbée vers l'arrière-bouche; l'extrémité supérieure de cette bougie sera fixée par le moyen d'un fil ciré, et ensuite enfoncée aussi profondément qu'il est nécessaire pour qu'elle se trouve cachée dans le fond du sac, et précisément sur le principe du canal nasal : en un mot, il faut que cette bougie maintienne la dilatation du canal, sans cependant rien occuper de la cavité du sac. Une tente de gomme élastique, d'une longueur et d'une grosseur égales à celles de la bougie, réussit aussi bien, tant à cause de sa surface qui est lisse, que par son extrême flexibilité. La longueur que nous avons déterminée est préférable à toute autre plus courte, qui n'auroit d'autre but que d'être proportionnée à la profondeur du canal nasal. La différence consiste en ce que, dans le premier cas, la bougie, ou la tente de gomme élastique, est fixe dans le fond du sac, et tout-à-fait cachée dans le canal, tandis que, dans le second cas, son raccourcissement fait qu'elle se porte facilement en haut et au dehors par l'incision, et s'oppose à ce que l'appareil et les remèdes convenables soient fixés, comme on le désire, dans le fond du sac lui-même. D'ailleurs, il n'est pas indifférent d'entretenir la liberté

du canal nasal pendant tout le temps nécessaire à la guérison du sac distendu et engorgé; puisque l'expérience ne nous permet pas de douter de la grande tendance des canaux et des conduits excréteurs du corps animal au rétrécissement et à l'oblitération, toutes les fois qu'ils cessent, pendant le plus court espace de temps, à charier les fluides qu'ils ont coutume de recevoir. Prenons pour exemple les fistules salivaires : ne voyons-nous pas que la portion antérieure du conduit de STENON ne tarde pas à se rétrécir ou à s'oblitérer, s'il ne reçoit plus de la parotide la salive que cette glande sécrète? Après avoir ainsi rempli tout le canal nasal, le chirurgien explorera, avec le bout d'une sonde légèrement recourbée, toute l'ampleur extraordinaire du sac, et sur-tout cette portion qui se trouve au-dessus du ligament du muscle orbiculaire [1], et qui n'aura pas été comprise dans l'incision; ce sera un guide pour la suite, afin de pouvoir calculer les progrès du rétrécissement du sac : objet principal du traitement de la seconde période du *flux palpébral puriforme*. Enfin, le chirurgien apportera ses soins à remplir toute la cavité du sac de charpie molle, qu'il maintiendra en position, au moyen du bandage appelé *monoculus*.

L'appareil sera renouvelé le troisième jour : si

[1] PLANCHE I, a.

les lèvres de la plaie ont commencé à suppurer, on ne fera que laver cette partie, et remplir de nouveau, avec la plus grande exactitude, de charpie molle enduite d'un liniment fait avec l'oxide de mercure rouge, et le mucilage de gomme arabique, le fond de la cavité du sac. L'action de cet escarotique est assez douee, et répond à celle de ces caustiques que l'on appelle vulgairement *indolens.* Il incommode peu le malade, et de jour en jour il fait rétrécir davantage la cavité du sac, en stimulant simplement, ou en provoquant une abondante évacuation de l'humeur dont sont embarrassées les membranes pendant ce second temps de la maladie. Il est de fait qu'à chaque pansement, le petit bourdonnet de charpie se trouve recouvert d'une substance blanchâtre, couenneuse, et qu'en persistant ainsi la capacité du sac va toujours en diminuant par degrés.

Si le mal est rebelle, on remplira toute la cavité de précipité rouge simple, ou mêlé d'un peu d'alun, et on touchera, à plusieurs reprises, avec la pierre infernale. Ces violens escarotiques dégorgeront la surface interne, réduiront le tout à l'état d'ulcère simple, susceptible d'une cicatrice solide, qui ne pourra faire autrement que de correspondre au rétrécissement de la capacité du réservoir membraneux.

Que l'on ait toujours soin, à chaque pansement, de maintenir écartés les bords de la plaie, ou qu'ils ne se rapprochent qu'en proportion du resserrement de tous les points du sac, en partie à l'aide de la charpie, en partie avec l'éponge simple; et tandis que l'on attendra le bon succès de ce traitement, propre à ramener l'état naturel du sac, on appliquera, matin et soir, entre les paupières du côté affecté, l'onguent ophthalmique de JANIN, et on ordonnera au malade de s'injecter dans l'œil, trois ou quatre fois pendant la journée, quelques gouttes du collyre vitriolique dont j'ai parlé plus haut, afin de détruire le *flux palbébral puriforme*, première source de maladie : sans cette précaution, il n'y aura jamais de guérison complète à obtenir, quelle que soit la période de cette infirmité.

Dès que le chirurgien se sera assuré que le sac est à peu près réduit à son état naturel dans toutes ses dimensions, il cessera l'usage des escarotiques pour leur substituer de la charpie imbibée d'eau de chaux mêlée avec le miel rosat. Ensuite, la cicatrice faisant des progrès évidens, depuis les contours de l'incision du sac jusque dans l'intérieur, le flux puriforme étant supprimé, on retirera la bougie ou la tente de gomme élastique placée dans le canal nasal, le jour même de l'opération, pour lui substituer une tente de plomb cou-

figurée de manière que son extrémité supérieure porte une petite lame de même métal [1], longue de quatre lignes sur un peu plus d'une de largeur. Ce corps sera tout solide; il continuera pendant quelque temps à maintenir le canal nasal dilaté : et, par son propre poids, il fera que la petite lame, appuyée en dehors sur tout le trajet du sac lacrymal, le comprimera continuellement de dehors en dedans.

Les anciens chirurgiens ne négligèrent point cette partie importante du traitement dont il s'agit : ils conseillèrent toujours une compression modérée, après le resserrement et la cicatrice complète de l'intérieur du sac. Parmi les modernes, je ne trouve que GUÉRIN [2], qui ait sagement apprécié cette pratique ancienne. En effet, quelque suffisans qu'aient été les moyens employés pour maintenir la liberté des voies lacrymales, quel que soit l'usage qu'on ait fait des cathérétiques propres à établir l'état naturel des parois du sac, et à en cicatriser parfaitement et solidement l'intérieur, il peut cependant bien se faire que les parois qui ont été grandement dilatées, n'aient pas acquis, malgré l'emploi de nos moyens, toute la force d'élasticité nécessaire pour résister insensiblement à une nouvelle dis-

[1] PLANCHE III, fig. 9.

[2] Essai sur les maladies des yeux, pag. 160.

tension opérée par les larmes, pour peu qu'elles éprouvent de difficulté à couler dans le nez. Enfin, pour obvier à cet inconvénient, il n'y a rien de plus avantagenx, sur la fin du traitement, que de comprimer doucement le sac de dehors en dedans, afin de redonner à ce réservoir des larmes son ton naturel, et de le disposer, pour ainsi dire, à résister à toute nouvelle impulsion, lorsque tout appareil sera supprimé. J'ai observé que, pour parvenir promptement à ce but, une compression graduée sur le sac ne suffisoit pas, qu'il en étoit de même de la machine d'ACQUAPENDENTE, malgré ses corrections et ses améliotions. Ces deux moyens sont incommodes au malade; ils se dérangent facilement du point de compression, et, quelque soit l'exactitude que l'on y apporte, ils n'exercent jamais le même degré de pression modérée sur les parois extérieures du sac. La lame qui termine la tente de plomb satisfait pleinement et d'une manière simple à l'intention; puisque, comme je l'ai déjà dit, elle appuie en dehors selon la juste direction du sac; que, par la pesanteur du corps qui lui est annexé, elle tire continuellement en bas, comprime doucement et également les parois extérieures du sac, sans incommoder en rien le malade.

L'utilité de cette lame, qui termine ce corps

solide de plomb, est telle et si bien démontrée, que, dans le traitement du sac lacrymal dilaté outre mesure, et ulcéré en même temps, elle dérive de la pression égale et constante exercée à l'extérieur du sac. Une dame avoit le sac lacrymal dilaté, nouvellement tombé en suppuration, et ouvert spontanément : elle n'eut pas le courage de supporter l'incision : je fus obligé d'agrandir l'ulcère sinueux avec la corde à boyau, et j'introduisis ensuite ma sonde solide de plomb, munie de sa lame. Dans le cours de huit mois, je déprimai le sac, et le réduisis à sa capacité naturelle. De temps en temps je détruisois les fongosités qui s'élevoient autour de l'ouverture fistuleuse et dans le sac, ou avec l'oxide de mercure rouge, ou avec le nitrate d'argent fondu. Je suis parvenu à procurer la guérison parfaite d'une maladie qui certainement eût résisté à la simple dilatation du canal nasal, ou eût récidivé quelque temps après, en raison de la dilatation et de l'atonie permanentes du sac.

Par la suite, dès que le chirurgien verra que, par l'usage de cette lame, le sac lacrymal, loin de faire saillie au dehors, est au contraire enfoncé dans le sillon de l'os *unguis*, il retirera pour toujours la tente de plomb, et laissera se fermer l'ouverture extérieure; qui ne présentera plus qu'un trou de grandeur égale au volume du corps que l'on aura

enlevé. Il n'est pas besoin de rien employer pour détruire les callosités qui subsistent encore autour de ce trou : en voici les raisons. Les larmes n'étant plus mêlées à l'humeur palpépraIe puriforme, prendront-elles la direction du canal, et sans éprouver un retard considérable, descendront-elles et se déchargeront-elles dans le nez? La guérison est complète, et il ne reste au dehors aucun vestige de cette ouverture, puisque les bords, bien que calleux encore, s'adossent et se rapprochent de manière à n'être preque pas aperçus. Nonobstant les précautions avec lesquelles on a tenu le canal dilaté, les larmes ne se dévient-elles pas, en raison des angles nouveaux, et des replis extraordinaires des voies lacrymales? Les larmes ne s'accumulent point dans le sac, ne tendent pas à le distendre, et ne refluent pas sur l'œil; mais elles se font une route, en partie par le canal nasal, en partie par une très-petite ouverture extérieure que l'on a entretenue fort à propos d'où elles sortent par goutelettes, par intervalles, sans que le malade ni les assistans puissent s'en apercevoir, parce que, moyennant cette espèce de voie supplémentaire pour le transport entier des larmes, l'œil se maintient toujours propre et sec. Par la suite les larmes prennent la route du canal nasal, et l'ouverture extérieure se cicatrise. Il y a quelques années qu'un étudiant en médecine me fit obser-

ver qu'il portoit, depuis la plus tendre enfance, sur le sac lacrymal de chaque côté, une petite ouverture qui pouvoit admettre la pointe d'une aiguille ; ce trou étoit si petit, qu'il n'étoit pas visible à l'œil nu. Il me dit aussi que chaque fois que la sécrétion des larmes devenoit plus grande, soit qu'il s'exposât à l'air froid, à la fumée ou à l'action de toute autre cause semblable, il paroissoit au dehors comme une petite rosée, ou des gouttelettes de sueur; mais qu'il n'en étoit pas incommodé, et que quand ces gouttelettes paroissoient, aucune personne ne s'en apercevoit. Je possède une longue série de faits qui me démontrent les grands avantages de cette pratique. En effet, comme je le disois, ou les larmes passent librement par le canal nasal dans les narines, et l'ouverture extérieure, bien que calleuse encore, se resserre avec tant de précision, qu'on ne la reconnoît plus ; ou les larmes rencontrent, pendant quelque temps, quelque obstacle dans le trajet du canal nasal, sans pour cela s'accumuler dans le sac, le distendre ni occasionner une récidive de la maladie; ou enfin le désordre des voies lacrymales est tel que, même après le traitement le plus méthodique, leur passage du fond du sac dans le nez est entièrement, ou en grande partie intercepté, et pour toujours. Dans ce cas il est plus avantageux pour le malade qu'il sorte de

temps en temps quelques gouttelettes de larmes par le petit trou extérieur, comme dans l'étudiant dont j'ai rapporté l'histoire, que d'être exposé à une distension et une ulcération nouvelles de ces parties, et à un regorgement ou une inondation perpétuelle des larmes sur l'œil du même côté. Je ne puis cependant pas assurer que, dans le plus grand nombre des cas que j'ai observés, où, après le traitement de la fistule lacrymale, il est resté une ouverture extérieure calleuse pour le passage de quelques gouttes de flux lacrymal, cet inconvénient n'ait jamais été très-notable pour les malades, et qu'il ait disparu spontanément quelques mois après. Ce que je viens d'exposer suffit pour faire entrevoir aux chirurgiens ce que je dois dire relativement à la cure des troisième et quatrième périodes du *flux palpébral puriforme*, ou plutôt de la *fistule lacrymale*.

Quand le *flux palpébral puriforme* est compliqué d'abcès ou d'ulcère des parois membraneuses du sac ; quand cet abcès s'ouvre à l'extérieur, il existe alors une véritable *fistule lacrymale*. Il ne faut pas perdre de vue que ce mal tire son origine de l'humeur puriforme que les glandes de *Meïbomius* sécrètent en abondance, et qui vient aussi de la surface interne des paupières; que cette humeur grossière, tenace, retardée et amoncelée dans le sac qu'elle distend autant

qu'elle l'irrite, enflamme, fait suppurer l'ulcère et les membranes qui le constituent, et la peau qui le recouvre. Le plan curatif sera, pour la *fistule lacrymale*, le même que pour la seconde période du flux palpébral puriforme. Dans le traitement de la fistule lacrymale, la première indication à remplir sera invariablement la suppression du flux palpébral, d'ouvrir le sac dans toute son étendue, et d'introduire dans le canal nasal une bougie de cire, ou un morceau de tente de gomme élastique, de manière que ces corps n'occupent rien de la cavité du sac; enfin de remédier à l'engorgement, à la suppuration et à l'ulcération du sac, moyennant les topiques escarotiques, détersifs, et la compression. Le chirurgien, fondé sur le précepte que j'ai donné, ne s'en rapportera jamais à l'ouverture spontanée qui s'est faite du sac, car elle n'est pas toujours située favorablement; mais il ouvrira le sac lacrymal dans toute sa longueur, et de la manière que j'ai prescrite. C'est dans de semblables circonstances, et principalement lorsque les ulcérations sont anciennes, que l'on trouve constamment la membrane interne du sac fongueuse, dure et calleuse dans quelques points. C'est pourquoi le chirurgien, après avoir placé la bougie ou la tente de gomme élastique retenue par un fil ciré, de manière à ce qu'elle n'occupe que le canal na-

sal, emploiera, le plus tôt possible, les escarotiques, tels que l'oxide de mercure rouge simple ou uni à un peu de sulfate d'alumine ou au nitrate d'argent fondu, dont il saupoudrera et remplira, à chaque pansement, toute la cavité du sac, jusqu'à la destruction entière des fongosités et des callosités, et jusqu'à ce que l'ulcère qui en résulte soit susceptible d'une cicatrice solide.

Cette partie très-importante du traitement de la fistule lacrymale étoit l'objet des soins les plus scrupuleux des anciens maîtres en chirurgie. Qu'on lise Paul d'Egine, Aétius, Avicenne, et les praticiens les plus célèbres des âges succédens; tous en ont parlé fort au long, et c'est avec raison qu'ils ont regardé cet article comme un des principaux, pour le bon succès du traitement de cette maladie. L'onguent *isis*, celui de céruse uni à l'oxide de mercure rouge, l'onguent *égyptiac*, les trochisques de minium, l'acétite de cuivre, étoient les caustiques dont ils se servoient pour détruire les fongosités du sac, et pour disposer à la guérison sa surface interne ulcérée. Cette pratique, quelque avantageuse qu'elle fût, est tombée en désuétude, précisément à l'époque où la nouvelle théorie de la fistule lacrymale a été mise en vogue; lorsque l'on a pensé que cette maladie n'étoit que l'effet de l'obstruction du canal nasal, qu'il suffisoit de désobstruer,

de dilater, ou bien d'ouvrir une nouvelle route aux larmes dans le nez, afin d'obtenir une cure radicale. Les récidives fréquentes qui suivirent l'adoption de cette méthode curative; les doutes qui s'élevèrent à différentes époques; ceux qui existent encore de nos jours de la part des écrivains les plus accrédités sur la possibilité de guérir radicalement la *fistule lacrymale*, démontrent bien le contraire, et prouvent combient l'on a eu tort d'abandonner l'ancien usage des caustiques prudement recommandés. Nous sommes redevables à NANNONI le père [1] d'avoir remis en vigueur chez nous cette pratique très-utile des anciens; avec cette différence cependant, que cet habile chirurgien me paroît avoir trop outré l'indication du caustique dans le traitement de la *fistule lacrymale*, en détruisant entièrement le sac, et en le convertissant en *un corps tout-à-fait solide et calleux*. Il étoit d'autant plus confiant dans ses tentatives qu'il étoit vivement persuadé que, *lorsque le sac est converti en un corps solide, les larmes n'incommodent pas, ou leur écoulement est peu désagréable*. L'anatomie et les faits sont en parfaite opposition avec cette idée; mais comme ce praticien cite des exemples de personnes auxquelles il n'est point resté de lar-

[1] Trattato chirurg. sulla simplicita del. med. (*Oserv. XXXI.*)

moiement après un tel traitement, il convient de dire que chez elles le caustique a détruit la fongosité du sac, et facilité une cicatrice stable de sa surface interne, sans pour cela oblitérer la cavité qui, nonobstant un tel dégât, s'est maintenue en continuité avec le canal nasal.

C'est précisément vers ce dernier point de vue que le chirurgien doit diriger tous ses efforts dans le traitement de la fistule lacrymale : autrement, détruire, oblitérer, endurcir entièrement le sac lacrymal, ne seroit, à proprement parler, que changer une maladie pour une autre également pénible, telle que le larmoiement continuel, le regorgement, la présence continuelle des larmes et de la chassie sur l'œil correspondant. Le chirurgien réglera l'action du caustique, seulement dans l'intention de détruire les fongosités, et de rendre l'ulcère suceptible de se cicatriser. Lorsqu'il aura atteint ce but, il retirera la bougie ou la tente de gomme élastique, et pour le reste du traitement il se conduira comme nous l'avons déjà exposé : il comprimera le sac en dehors à l'aide de la laminette unie à la tente de plomb ; et après avoir abandonné l'usage de ce dernier moyen, il laissera aux larmes la plus grande facilité possible de couler par le nez.

Pour ce qui regarde la quatrième période du *flux palpébral puriforme*, que les chirurgiens

appellent communément *fistule lacrymale avec carie*, c'est un mal moins fréquent qu'on ne l'a cru autrefois, et que j'ai cependant observé plusieurs fois dans ma pratique. D'après mes remarques, il me semble que ce plus haut degré de fistule lacrymale se présente sous deux formes distinctes. La première est celle dans laquelle le sac, déjà depuis long-temps énormément distendu et rempli d'un mélange de pus, de larmes et d'humeur puriforme palpébrale, est intact en dehors et communiquant en dedans avec la narine correspondante, à travers l'os *unguis* carié et corrodé, et dans laquelle le dégât des voies lacrymales est si grand, que l'on peut regarder le canal nasal comme détaché du sac lacrymal oblitéré et perdu. La seconde est celle dans laquelle le sac lacrymal, ulcéré et ouvert en dehors, offre, sur sa partie postérieure, l'os *unguis* à nu, carié, mais sans ouverture, et le canal nasal rempli de fongosités, de duretés qui le ferment et le divisent presqu'en entier du reste des voies lacrymales.

La première forme de cette maladie se connoît lorsqu'en comprimant même doucement le vaste sac lacrymal, une portion de l'humeur purulente qu'il contient regorge par les points lacrymaux sur l'œil, tandis que la plus grande partie se décharge dans la narine correspondante, et qu'en même temps le sac s'affaisse, se vide, et que la

matière purulente qui sort par la narine est fétide, comme il a coutume d'arriver lorsque les os sont gâtés. Dans le second cas, on reconnoît facilement la dénudation de l'os *unguis*, à l'aide de la sonde, qui, dirigée dans tous les sens, ne pénètre pas dans le canal nasal, et ne rencontre que resserremens, fongosités et duretés.

La carie de l'os *unguis*, celle d'une petite portion des cellules ethmoïdales, complications de la *fistule lacrymale*, ne sont pas supérieures aux efforts de l'art; on conserve encore l'espoir d'une guérison parfaite. En effet, le sac lacrymal, largement incisé, et sans égard au rétablissement du canal nasal, la détersion de la cavité ayant lieu au moyen des escarotiques et des détersifs proprement dits, tels que l'eau de chaux et le miel rosat; la séparation de l'os carié et perforé, et le resserrement de la cavité du sac se succèdent : l'application, dès le principe du traitement, de l'onguent ophthalmique sur la surface interne des paupières supprime le flux palpébral puriforme. L'action de ce remède est, suivant les cas, soutenue par l'usage interne des médicamens propres à combattre la discrasie particulière qui produit ou entretient cet état morbifique dans la sécrétion palpébrale. Si, après avoir obtenu ces avantages, et après avoir cicatrisé la face interne du sac déjà réduit à peu près à son ampleur naturelle, on

permet

permet le rapprochement et l'adossement des bords extérieurs de la plaie, de manière à ee qu'il n'en reste plus de vestige, la partie postérieure de cette cavité, pénètre dans la narine du même côté, par une ouverture si grande produite par le défaut de l'os *unguis*, et de la membrane pituitaire qui le reeouvroit, que les larmes, chariées par les points et les conduits lacrymaux, passent immédiatement du sac dans le nez : en sorte que l'on peut regarder la guérison comme aehevée, n'y ayant pas la plus légère ineommodité produite par le larmoiement.

Cette méthode curative est applieable, avec un suecès également bon, à ce second cas de *fistule lacrymale*, eompliquée de dénudation de l'os *unguis*, avee la différence qu'il n'y a point d'espoir de rétablir l'aetion du eanal nasal, l'os *unguis* étant seulement découvert, non perforé, et la membrane pituitaire qui recouvre sa surfaee nasale étant eneore intacte. Ainsi, dans ce eas, il est de néeessité absolue que le chirurgien établisse une route nouvelle et permanente aux larmes dans le nez; il doit perforer et détruire l'os dénudé, et avec lui la membrane pituitaire qui lui adhère. L'expérience démontre que la simple perforation de l'os *unguis* et de la membrane pituitaire, sans perte de substanee de la même membrane, ne satisfait pas à l'intention; puisque, par la suite,

ce point de perforation ne forme qu'une voie trop étroite pour la descente des larmes, et d'autant plus qu'elle se rétrécit de plus en plus jusqu'à se fermer entièrement. La carie vénérienne du palais n'en est-elle pas un exemple? la portion cariée est-elle séparée? la bouche communique avec le nez par une ouverture qui peut admettre le bout du doigt; mais peu à peu le rétrécissement devient tel, qu'une plume à écrire ne passe que très-difficilement, et souvent cette ouverture disparoît en entier, au moyen du rapprochement de la membrane du palais divisée, mais non beaucoup corrodée par l'ulcère qui accompagnoit la carie de l'os situé au-dessus. Si cette disposition a lieu dans ce cas de maladie vénérienne, à plus forte raison le resserrement de la membrane pituitaire sera-t-il remarquable après une simple perforation avec le *troiquart* qui aura servi pour traverser l'os *unguis* : de plus les canules que l'on a proposées pour maintenir constamment ouvert ce trou de la membrane pituitaire au-delà de l'os *unguis*, sont bien loin d'être un moyen sur lequel on puisse compter; puisque ces instrumens, les mieux faits pour un aussi bon succès, s'élèvent le plus souvent, après un court espace de temps, contre la paroi antérieure du sac, ou tombent dans les narines plus tôt qu'il ne faut, ou se remplissent, quelques mois après, d'une substance

terreuse qui les obstrue et les rend inutiles. La perforation et la séparation de l'os *unguis* dénudé, la destruction d'une partie de la membrane pituitaire dans le même endroit, sont les seuls moyens vraiment efficaces, jusqu'alors connus[1], pour assurer aux larmes un écoulement libre du sac dans le nez : pour cet effet, l'application du feu est seule convenable à cette indication. Pour dire vrai, c'est un moyen dont abusoient les anciens chirurgiens dans le traitement de cette maladie, mais que les modernes ont rejeté trop légèrement.[1] Les anciens cautérisoient l'os *unguis* et une portion de membrane pituitaire dans tous les cas de fistule lacrymale, et le plus souvent c'étoit sans nécessité. Les modernes ont négligé ce moyen très-efficace, manifestement indiqué, et non moins nécessaire.

Pour appliquer le feu, il faut ouvrir le sac, le remplir de charpie molle qu'on y laisse pendant deux jours : ce temps écoulé, on lève l'appareil, toute la capacité du sac est parfaitement nettoyée, et ainsi que l'os *unguis* dénudé. Le chirurgien porte ensuite dans l'intérieur du sac une canule[2], qu'il appuie un peu obliquement de haut en bas sur l'os, après avoir fait fixer la tête du malade par un aide : il conduit sur l'os *unguis*,

[1] Richter est de cet avis. (*Obs. med. chirurg.* ch. X.)
[2] Planche III, fig. V.

dans la cavité de cette canule, un fer rouge [1]; il presse ensuite, afin que le cautère non-seulement outrepasse, mais encore brûle la membrane pituitaire. Pour la réussite de cette opération, il est de la plus grande importance que ce point de la membrane forme escarre, et se détache parfaitement autour de l'ouverture osseuse : le chirurgien aura soin que la pointe de son fer rouge ne se refroidisse pas trop; autrement il aura la précaution d'en appliquer un second qu'il aura sous la main. Le pansement se fera ensuite en remplissant cette cavité de charpie molle enduite d'un onguent émollient, tel que seroit celui fait avec l'huile et la cire, et on ordonnera au malade de pomper avec ses narines, et plusieurs fois dans le jour, une eau de mauve tiède : le lendemain, l'application d'un cataplasme fait avec la mie de pain et le lait nouvellement trait sera indispensable, s'il y a de la douleur, et si le nez et les paupières sont gonflés. La suppuration s'établira entre les limites des parties saines et des parties brûlées; l'escarre de la membrane pituitaire sortira par le nez, et les débris de l'os *unguis* suivront l'écoulement du pus, soit par le nez, soit par l'ouverture extérieure du sac. C'est alors que le chirurgien introduira, par la nouvelle ou-

[1] Planche III, fig. VI.

verture, une bougie de cire, ou bien un petit *sindon* de toile fine, fixé par un fil qui l'empêchera de tomber dans les narines, et on en augmentera la grosseur, à mesure que l'ouverture deviendra plus ample par la chute de l'escarre de la membrane pituitaire ou par celle des esquilles. Avec la pommade ophthalmique, propre à détruire le *flux palpébral puriforme*, on emploiera les escarotiques, dans la vue de dissiper les fongosités et les callosités du sac, d'en obtenir le rétrécissement et la réduction presqu'à sa première capacité. Lorsque la cicatrice de la surfaee interne du sac sera à peu près complète, si dans les contours de l'ouverture nasale artifieielle quelques fongosités s'appereevoient, on les réprimeroit en les touchant avec le nitrate d'argent fondu, et l'on continuera jusqu'à ce que la cicatrice soit dans ce point aussi parfaite que dans toute la cavité du sae : la plaie extérieure devra se cicatriser d'elle-même, sans qu'il soit jamais besoin d'en ranimer les bords.

Il n'est pas inutile de prévenir les jeunes chirurgiens que ce traitement n'est pas moins long que celui qu'exige la seconde époque du *flux palpébral puriforme*, accompagné de distension et d'engorgement eonsidérable du sac; que quatre mois suffisent à peine pour arriver au but

que l'on se propose, quelles que soient l'exactitude et la diligence qu'on apporte dans le traitement des sujets d'ailleurs heureusement constitués : mais combien ce retard est suffisamment compensé par la parfaite guérison, et par les espérances les mieux fondées qu'il n'y aura pas de récidive !

En résumant tout ce qui est exposé dans ce Chapitre, on en peut déduire les corollaires suivans :

1°. Que la source et la cause première de cette maladie connue sous le nom général de *fistule lacrymale*, distinguée par quelques observateurs plus soignés en *simple* et en *composée* avec atonie ou dilatation du sac, et en *compliquée* avec carie de l'os *unguis*, doit se reconnoître principalement dans l'accroissement morbifique de la secrétion des glandes de Meïbomius, et de la membrane interne des paupières :

2°. Qu'il est impossible d'obtenir une guérison parfaite de cette affection, quels qu'en soient le degré, la période ou la complication, sans en même temps corriger sans interruption le vice de cette sécrétion, soit à l'aide des topiques appliqués sur le bord et sur la surface interne des paupières malades, soit à l'aide des révulsifs et des remèdes internes, propres à combattre la discrasie particulière, d'où dérive cette mauvaise sécrétion :

3°. Que dans le second temps du *flux palpébral puriforme*, avec atonie et distension sensible du sac lacrymal, quelque bien détruite que soit la sécrétion morbifique des paupières, et quelque parfaitement rétablie que soit l'action du canal nasal, le larmoiement est inévitable, si le sac n'a repris sa capacité naturelle, à l'aide de l'incision pratiquée dans toute sa longueur, et de l'application dans son intérieur, des escarotiques, des détersifs et des astringens, de manière que la proportion de cette cavité réponde au calibre du canal nasal :

4°. Que la *fistule lacrymale* avec carie, érosion et perforation de l'os *unguis*, et de cette portion de membrane pituaire qui le recouvre dans le nez, et avec oblitération du canal nasal, est susceptible de guérison, pourvu que la carie, outre l'os *unguis*, ne pénètre pas trop dans les cellules ethmoïdales. Dans ce cas, il n'y a rien à craindre pour le larmoiement, en ne détruisant que les fongosités de l'intérieur du sac, en provoquant la suppuration de l'os carié et perforé, et en faisant en sorte que le sac reprenne sa capacité naturelle et se cicatrise en dedans ;

5°. Que dans la *fistule lacrymale*, avec dénudation de l'os *unguis*, et obstruction insurmontable du canal, où il est indispensable de pratiquer aux larmes une nouvelle route du sac dans

le nez, le fer rouge est préférable à la simple aplication du *troiquart*, puisque, sans la destruction de cette portion de la membrane pituitaire, qui recouvre l'os *unguis*, on ne peut obtenir que cette voie nouvelle soit assez grande et demeure constamment ouverte :

6°. Qu'à la fin du traitement du second, du troisième et du quatrième temps du *flux palpébral puriforme*, il est une précaution fort utile, qui veut que l'on ne ravive jamais les bords du sac lacrymal déjà cicatrisé dans son intérieur, et qu'on les laisse s'adosser, jusqu'à ce que l'on soit parfaitement sûr que les larmes n'éprouvent aucun retard dans le sac, et qu'elles prennent en entier, ou la voie naturelle du canal nasal, ou bien l'artificielle, faite en cautérisant l'os *unguis*, et la portion de membrane pituitaire qui lui correspond.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Une jeune demoiselle, de Pavie, âgée de dix-sept ans, de fibre délicate et sensible, commença à éprouver quelques difficultés d'ouvrir l'œil droit, à cause d'un engorgement contre nature des paupières de ce côté : il y avoit larmoiement, et le matin sur-tout ces parties étoient agglutinées par une abondante chassie. Il fut prescrit de se laver fréquemment l'œil avec l'eau de fleurs de sureau;

quatre mois après, la maladie avoit fait de rapides progrès. Je fus consulté; et en comprimant le sac, je vis qu'il refluoit par les points lacrymaux une grande quantité de matière *puriforme*. Les paupières du côté droit, principalement l'inférieure, étant renversées, on mit à découvert toute leur surface interne : proche l'ourlet, près de l'insertion des cils, il existoit de l'engorgement, et tout le reste offroit une substance comme veloutée : les glandes de Meïbomius, plus volumineuses, plus relevées que de coutume, étoient entrelacées de vaisseaux variqueux; on ne voyoit rien, ou presque rien de tout cela sur les paupières du côté gauche. De plus, cette demoiselle avoit, depuis plusieurs mois, l'aile droite du nez très-rouge et gonflée; la narine interne correspondante étoit même croûteuse et sèche.

Après avoir fait refluer toute la matière puriforme que contenoit le sac, j'injectai de l'eau par les points lacrymaux, et à la quatrième tentative elle passa du nez dans la gorge. Comme le sac n'étoit pas sensiblement plus distendu que dans l'état naturel, je ne m'occupai que de détourner la fluxion, de diminuer ou de corriger la sécrétion morbifique des paupières, et en même temps de fortifier les vaisseaux variqueux de leur membrane interne.

J'ordonnai à la malade d'user journellement,

et à plusieurs reprises, d'une livre de petit-lait dépuré, d'une drachme de tartrite acidule de potasse, et d'un demi-grain de tartrite de potasse antimonié : ce remède ne fatiguoit point l'estomac, procuroit une selle, et quelquefois deux pendant le jour.

Pour remède local, je plaçai entre les paupières une petite portion de l'onguent de JANIN, exactement préparé d'après la formule. Telle fut dans ce cas l'action stimulante de ce remède, qu'une heure après les paupières s'engorgèrent et s'enflammèrent énormément, malgre les lotions fréquentes avec le lait. Durant l'inflammation, pendant quatre à cinq jours, le *flux palpébral puriforme* cessa tout-à-fait, et il ne sortit rien par les points lacrymaux, lorsqu'on pressoit le sac à certains intervalles.

L'inflammation disparut, et l'écoulement du *flux palpébral puriforme* eut lieu comme auparavant : alors je réitérai l'application du même onguent, que j'avois rendu moins fort, en ajoutant une double dose de graisse de porc. La portion que j'employois matin et soir équivaloit au volume d'un grain et demi de froment; mais avant, j'avois toujours soin de laver les voies lacrymales avec l'eau de plantain animée d'un peu d'esprit-de-vin : la malade ensuite s'injectoit, chaque jour trois ou quatre fois l'œil avec le collyre vitriolique.

Trois semaines après, on remarqua de la diminution dans le *flux palpébral puriforme*, et ce n'étoit plus qu'une mucosité mêlée avec les larmes; l'aile droite du nez étoit dans son état naturel; il n'y avoit plus de croûte. La membrane interne des paupières devint successivement lisse et pâle; les glandules de *Meïbomius* se réduisirent à leur volume ordinaire; les vaisseaux variqueux disparurent : je suspendis alors l'usage du petit-lait émétisé.

Vers le quarantième jour, en comprimant le sac, des larmes limpides sortoient par les points lacrymaux, à travers lesquels mon injection passoit facilement dans le nez. Les larmes continuoient cependant à éprouver quelque obstacle; car la malade étoit souvent obligée de s'essuyer les yeux lorsqu'elle s'exposoit à l'air frais, ou qu'elle lisoit à la chandelle. Je ne pouvois rapporter cet inconvénient à l'atonie du sac : selon toutes les apparences, elle n'existoit pas; mais la malade se plaignoit toujours de quelque embarras de la membrane pituitaire de la narine droite, ce qui occasionnoit dans l'extrémité du canal nasal quelque degré de resserrement. Je prescrivis de respirer de ce côté, et plusieurs fois le jour, la vapeur du vinaigre, et de faire un usage modéré du tabac en poudre. Cet expédient me réussit, et dix jours suffirent pour rétablir l'écoulement du nez,

et pour voir disparoître toute espèce de larmoiement.

II^e OBSERVATION.

Marie Bordoni (de Sainte-Christine), âgée de douze ans, ayant éprouvé souvent dans son enfance de fréquentes ophthalmies, tantôt à l'un, tantôt à l'autre œil, larmoyoit depuis huit mois de l'œil droit, d'où il s'écouloit beaucoup de matière qu'on eût pris pour du pus. Ses parens l'envoyèrent à l'hôpital, moins pour cet écoulement que pour une tumeur dure, rouge et douloureuse qu'elle portoit entre l'angle interne de l'œil et le nez.

Chez cette enfant, les bords des paupières étoient engorgés; leur surface interne étoit rouge et fongueuse; les glandes de *Meïbomius* avoient acquis un assez gros volume.

La membrane du sac me paroissant prête à suppurer, je fis recouvrir la tumeur d'un cataplasme fait avec le pain et le lait. Le contraire eut lieu : peu de jours après, l'inflammation disparut, la tumeur s'affaissa, et les points lacrymaux que j'avois vu retirés et cachés vers la caroncule, s'écartèrent de la commissure des paupières, et reprirent leur position naturelle. Alors je comprimai le sac: la matière puriforme reflua en abondance par les points lacrymaux.

J'employai de suite, matin et soir, l'onguent de Janin, gros comme un grain de froment. Dans les premiers jours, le *flux palpébral puriforme* augmenta, et, dans l'espace d'un mois, il diminua au point, qu'il ne sortoit plus du sac qu'une mucosité très-ténue. Dès que les bords des paupières et leur surface interne me parurent dans leur état naturel, j'injectai par les points lacrymaux de l'eau de plantain, dans laquelle j'avois étendu un peu de collyre de vitriol filtré : le tout pénétra dans le nez. Cette enfant fut encore traitée de cette manière pendant vingt autres jours, avant de quitter l'hôpital, dont elle sortit parfaitement guérie et sans larmoiement.

IIIe OBSERVATION.

Un enfant de la campagne avoit, à l'âge de dix ans, les deux yeux larmoyans, chassieux par l'effet d'une métastase variolique qui s'étoit faite sur ces parties deux ans auparavant. L'ourlet des paupières, dépouillé de cils, étoit d'un rouge brun, comme velouté; les glandes de *Meïbomius* plus relevées que de coutume : en comprimant de chaque côté le sac lacrymal qui ne paroissoit point dilaté ni saillant, il sortoit par les points une quantité prodigieuse de matière granuleuse, jaunâtre et puriforme. L'habitude du corps de cet enfant étoit, comme on le dit vulgairement, humorale.

J'entrepris son traitement en lui faisant prendre tous les jours, à différens intervalles, dix onces d'une décoction de chiendent, avec addition d'une drachme de tartrite acidule de potasse et un demi-grain de tartrite de potasse antimonié. Quand ce médicament évacuoit trop, on diminuoit la dose de moitié, pendant quelques jours de suite. Je fis également mettre, matin et soir, l'onguent de Janin entre les paupières. Le flux palpébral augmenta; deux semaines après, comme il se soutenoit aussi fortement que dans le principe, je fis pratiquer un séton à la nuque; il suppura promptement, et les yeux s'en trouvèrent bien. Depuis cette époque, je continuai l'usage de l'onguent ophthalmique; je donnai de temps en temps au malade le tartre émétique à doses réfractées: le flux palpébral diminua; les bords des paupières s'abaissèrent et reprirent leur première flexibilité; l'intérieur de l'ourlet devint pâle, cessa d'être villeux. Chaque jour, on n'a jamais négligé l'usage réitéré du collyre vitriolique et de l'injection de l'eau de plaintain avec un peu d'esprit-de-vin: cette injection pénétra d'abord avec difficulté dans le nez; il n'en fut pas de même dans la suite, et, vers la fin du troisième mois, le malade est sorti de l'hôpital, parfaitement guéri.

IV^e OBSERVATION.

Une enfant de quatre ans (*de Parpanèse*) conserva, après la petite vérole, une ophthalmie habituelle à l'œil droit : le bord des paupières étoit gonflé; il y avoit un écoulement puriforme abondant, et la lumière la plus modérée développoit la plus grande sensibilité. Après quatre mois de traitemens infructueux, cette fille fut amenée à Pavie, dans les premiers jours de décembre 1789. L'intérieur des paupières, du côté droit, étoit rouge, velouté : et lors de la compression du sac, il refluoit par les points lacrymaux une matière dense, jaunâtre, striée de larmes, et semblable à celle qui embarrassoit continuellement les paupières. Le sac lacrymal ne paroissoit ni plus ample, ni plus relevé à l'extérieur que dans l'état naturel. Il étoit à remarquer que cette petite malade avoit les glandes lymphatiques du cou plus gonflées, plus dures qu'à l'ordinaire. On en peut dire autant du ventre. A tout cela on peut joindre une extrême appétence pour toutes sortes d'alimens, et un écoulement blanchâtre, assez semblable aux *fleurs blanches*, par les parties génitales.

Je prescrivis d'abord un bon régime, et tous les jours, à dose réfractée, une livre de décoction de chiendent, qui contenoit en dissolution une

drachme de tartrite acidule de potasse et un demi-grain de tartrite de potasse antimonié. Ce remède produisit un vomissement abondant de matières visqueuses, jaunâtres; et dans la suite il ne causa plus que quelques nausées, deux ou trois selles par jour sans affoiblir.

Quelques jours après, je fis tomber, pendant plusieurs soirs de suite, entre les paupières de l'œil affecté, trois gouttes de téinture thébaïque de la pharmacopée de Londres. La malade éprouva, dans le principe, une grande douleur qui cependant cessa tout-à-fait quelques minutes après. L'œil devint en meilleur état qu'auparavant, et souffrit la lumière avec plus de facilité. Deux semaines après un traitement semblable, je pratiquai à la nuque un séton qui suppura aussitôt en grande abondance, et qui diminua sensiblement l'ophthalmie chronique : on continua l'usage de l'émétique à doses réfractées; à la teinture thébaïque on substitua l'onguent de Janin, d'abord le soir seulement, puis matin et soir, ainsi que le collyre vitriolique, dont, chaque trois heures de la journée, on faisoit tomber quelques gouttes entre les paupières.

L'ophthalmie chronique se dissipa en entier à l'aide de ces moyens; les bords des paupières se réduisirent à leur état ordinaire, et le flux de matière puriforme diminua insensiblement. Vers la fin

fin de février de la même année, il ne sortoit plus rien de cette matière, et les paupières ne se colloient plus durant la nuit; le gonflement des viscères du bas-ventre, des glandes lymphatiques, se trouva diminué; le teint de la malade étoit meilleur: elle se trouva contente de la médiocre quantité d'alimens qu'on lui donnoit. Cependant les parties génitales suintoient encore un peu. Les premiers jours de mars, je prescrivis à la malade six onces de teinture de kina à prendre en trois fois pendant la journée; vers la fin d'avril, elle est partie d'ici parfaitement guérie, sans crainte que le *flux palpébral puriforme* dégénérât en fistule lacrymale. On a encore entretenu le séton pendant quelques mois.

Ve OBSERVATION.

Madame *Angiola* P...., âgée de quarante ans, retirée dans le voisinage de cette ville, négligea pendant onze ans et plus un *flux palpébral puriforme*, qui dilata beaucoup et peu à peu le sac lacrymal droit. Quand je la vis pour la première fois, le sac lacrymal étoit rempli, et formoit au dehors une tumeur du volume d'une noisette. En le pressant, il sortoit par les points lacyrmaux une humeur visqueuse, verdâtre et granuleuse; de ce côté, les bords des paupières étoient engorgés, rouges et fongueux en dedans;

les glandes de *Meïbomius* présentoient le même aspect.

J'ouvris dans toute sa longueur le vaste sac lacrymal, depuis le tendon du muscle orbiculaire jusqu'en bas ; je portai une sonde flexible le long du canal nasal, puis une autre plus grosse ; j'introduisis ensuite une petite bougie de cire, longue d'un pouce et demi ; j'y attachai un fil ciré, de manière que toute son extrémité supérieure restât entièrement cachée dans le canal nasal ; enfin je remplis exactement toute la cavité du sac de charpie molle, et le tout fut contenu à l'aide du bandage appelé *monoculus*.

Deux jours après, je levai l'appareil ; je laissai la bougie en position. Toute la surface interne du sac me parut fongueuse ; je remplis tout son intérieur d'un globe de charpie enduit d'un liniment fait avec l'oxide de mercure rouge et le mucilage de gomme arabique : le jour d'après, je retirai ce globe tout recouvert d'une grosse croûte blanchâtre ou couenneuse, qui parut plus manifeste toutes les fois que, dans le cours de trois semaines, je fis usage de la poudre d'oxide de mercure rouge dont je remplissois la cavité du sac lacrymal. Après ce temps, et moyennant l'usage répliqué de la poudre caustique, non-seulement la fongosité de la membrane interne du sac commença à s'aplanir, *mais encore sa*

capacité se resserra. Je retirai, pour la première fois, la bougie du canal nasal, afin de la nettoyer, et je la replaçai aussitôt.

Je continuai le même traitement pendant vingt autres jours, en augmentant quelquefois l'action stimulante et corrosive de l'oxide de mercure rouge, par l'addition d'un peu de sulfate d'alumine. Je maintenois écartés les bords du sac ouvert, en interposant exactement de la charpie, et souvent de l'éponge simple. Mes succès furent aussi bons qu'auparavant, relativement à la destruction des fongosités et au resserrement de toute la capacité du sac atonique et ouvert. Par la suite, le pansement consista à remplir avec précision tout le sac lacrymal avec de la charpie trempée dans l'eau de chaux mêlée de miel rosat. Enfin je retirai, pour la seconde fois, du canal nasal la bougie, que je nettoyai et que je replaçai comme auparavant.

La cicatrice commença à s'étendre des bords de l'ouverture extérieure du sac vers sa surface interne, qui, un mois après cette époque, se trouva presque réduite à son étendue naturelle. Il restoit néanmoins çà et là des points non encore cicatrisés, où des fongosités sembloient encore vouloir repulluler; mais cette portion du sac lacrymal qui se trouve au-dessous du tendon du

muscle orbiculaire [1], et qui n'étoit pas comprise dans l'incision, ne s'étoit pas encore abaissée et resserrée en proportion de tout le reste. L'application successive du nitrate d'argent fondu, de la charpie sèche, a enfin terminé le traitement trois semaines après.

Ce temps écoulé, je retirai pour toujours la bougie du canal nasal, et j'y substituai la tente de plomb surmontée de la petite lame destinée à comprimer la paroi antérieure du sac lacrymal [2]. Je la fis porter un mois entier à la malade, avec le soin de la nettoyer tous les jours, et de laver ses yeux avec l'eau de plantain animée avec l'esprit-de-vin.

Les paupières du côté malade étoient déjà guéries : dès le principe, j'avois usé matin et soir de l'onguent ophthalmique de Janin, et il ne sortoit plus que des larmes très-limpides par les points lacrymaux. Enfin je supprimai encore la tente de plomb. La lame qui la termine avoit si bien comprimé le sac de dehors en dedans, qu'il s'étoit plus enfoncé qu'à l'ordinaire dans son sillon particulier, loin de faire craindre une nouvelle élévation. Les bords de l'ouverture externe, qui, déjà calleux, s'étoient adossés autour du cylindre

[1] Planche I, a.

[2] Planche III, fig. IX.

de la tente de plomb, se rapprochèrent immédiatement. Ils ne furent pas ranimés ni excisés; et lorsqu'ils furent cicatrisés, on distinguoit à peine la trace de l'incision qui avoit été faite de toute l'étendue du sac : les larmes descendirent aussitôt dans le canal nasal.

On doit remarquer qu'à l'exception des quinze premiers jours de l'opération, cette dame ne cessa de vaquer à ses affaires de famille, avec autant d'activité qu'auparavant, et qu'il y a déjà cinq ans qu'elle jouit de la meilleure santé, sans qu'elle ait été jamais incommodée, ni par le larmoiement, ni par le *flux palpébral puriforme.*

VI^e OBSERVATION.

Il y avoit déjà dix ans environ, que M. François Bochioli (de *Saint-Angelo de Lodi*), homme robuste, âgé de cinquante ans, se trouvoit incommodé à l'œil droit d'un flux palpébral puriforme, avec atonie et dilatation considérable du sac lacrymal, qui lui occasionnoit un larmoiement abondant, et souvent avec ophthalmie aiguë du même côté. Lorsque je le vis, la tumeur formée par le sac lacrymal étoit de la grosseur d'une petite noix, légèrement enflammée, douloureuse; et, selon l'ordinaire, il y avoit engorgement du bord des paupières, rougeur, villosité intérieure; et les glandes de Meïbomius étoient affectées.

Pendant deux jours, je fis recouvrir d'un cataplasme de mie de pain et de lait toute la partie affectée, pour diminuer la rigidité et l'inflammation légère des tégumens. Je fis ensuite l'opération, comme dans le cas précédent, en ouvrant le sac dans toute sa longueur, depuis le tendon du muscle orbiculaire jusqu'en bas, et en plaçant une bougie longue d'un pouce et demi dans le canal nasal, sans que son extrémité fût apparente dans la cavité du sac.

La fongosité de la surface interne de cette partie étoit considérable : je la détruisis, en employant, pendant trente jours consécutifs, tantôt le liniment escarotique que j'ai indiqué, tantôt l'oxide de mercure rouge simple ou mêlé avec le sulfate d'alumine : par ce moyen je retirois, à chaque pansement, de la cavité du sac, une couche de substance couenneuse lardacée.

La fongosité fut détruite ; l'ulcère devint granuleux, de bonne couleur, et le sac se disposa à se déterger dans toute sa circonférence. L'incision s'étoit un peu trop rétrécie, elle s'opposoit à l'introduction facile du petit bourdonnet de charpie ; enfin, pendant plusieurs jours, je fis usage de l'éponge préparée.

Alors je voulus retirer, pour la première fois, du canal nasal la bougie que j'y avois introduite afin de la nettoyer ; le fil se rompit, sans doute

parce qu'il étoit trop macéré : je la laissai pour l'oublier tout-à-fait, jusqu'à ce que la surface interne du sac fût parfaitement cicatrisée et rétrécie. Quarante jours me suffirent pour atteindre ce but, en n'employant seulement que de la charpie sèche, et en touchant quelquefois le fond de la plaie avec le nitrate d'argent fondu. La cicatrice suivit la marche ordinaire ; elle commença par les bords de l'incision, et s'étendit insensiblement en dedans. La capacité du sac étoit alors presque naturelle ; les bords des paupières du côté droit avoient repris leur souplesse, moyennant l'usage non interrompu, soir et matin, de l'onguent de JANIN.

Quand la surface interne du sac fut complétement cicatrisée, j'introduisis une grosse sonde dans le canal nasal, afin de précipiter et de faire sortir par le nez ou par la gorge la tente de cire ; mais, contre mon attente, l'instrument passa librement dans le nez, et l'injection encore plus facilement, ce qui me fit suspecter que tout nouvellement la bougie étoit descendue dans l'arrière-bouche, et avoit été avalée pendant le sommeil, sans que le malade s'en fût apperçu. J'y substituai celle de plomb, surmontée de cette lame destinée à comprimer la paroi antérieure du sac. Le malade, qui ne cessa point de vaquer à ses affaires porta pendant cinquante jours cette tente, que

l'on ôtoit et remettoit en place toutes les fois qu'il étoit besoin de la nettoyer. Cette partie fut en effet déprimée, et je supprimai encore ce dernier moyen. L'orifice externe du sac se resserra; les bords ne furent jamais ravivés, et les larmes prirent leur cours par le canal nasal.

VII^e^ OBSERVATION.

Dominique Rossi, originaire des montagnes de Gênes, restoit à Pavie en qualité de domestique : elle avoit trente ans; son tempérament étoit sanguin et vigoureux. Elle eut autrefois de fréquentes éruptions herpétiques et érysipélateuses à la face : toujours elle avoit eu l'œil gauche larmoyant, chassieux, avec le bord des paupières et les glandes correspondantes fortement engorgés. Le sac lacrymal de ce côté devint gros comme une aveline, entre l'angle interne de l'œil et le nez : à l'aide de la pression on faisoit refluer par les points lacrymaux une grande quantité de matière puriforme. Telle étoit la situation de cette malade lorsqu'elle vint dans notre école-pratique de chirurgie, le 9 décembre 1796.

La distension et le gonflement du sac ne permettoient pas de douter de la nécessité de commencer le traitement par pratiquer, selon mon usage, une large incision. Cependant,

pour prouver d'une manière convaincante aux jeunes étudians que cette matière puriforme ne venoit pas du sac, mais lui étoit en grande partie transmise par la trop abondante sécrétion morbifique des paupières, je ne fis uniquement usage que de l'onguent ophthalmique de Janin et du collyre vitriolique. En moins de trois semaines cette humeur parut presque entièrement supprimée, et des larmes limpides ou légèrement troublées par un peu de mucosité refluoient du sac engorgé sur l'œil.

Alors je tentai la cure radicale; j'ouvris le sac, j'introduisis ma bougie dans le canal nasal, où je la fixai de manière à ce qu'elle ne pût jamais se porter vers le fond du sac, dont je remplis la cavité de charpie sèche, que je soutins avec des compresses et un bandage.

Deux jours après, cet appareil fut levé; le bourdonnet de charpie que je substituai à celui que j'avois ôté, fut enduit d'un liniment fait avec l'oxide de mercure rouge et le mucilage de gomme arabique. Contre l'ordinaire, la malade souffrit de l'application de ce remède, et sa joue se gonfla beaucoup. Je crus donc devoir suspendre pendant quelques jours l'usage de cet escarotique. Cependant j'y revins, mais j'ajoutai plus de mucilage; et l'action de ce topique fit exfolier, dans le cours d'un mois, presque toute la mem-

brane interne du sac, qui se rétrécit prodigieusement, et se disposa à une prompte cicatrice intérieure. Pour que les bords de la plaie ne se rapprochassent pas trop vite, j'employai l'éponge simple au lieu de la charpie. Dès que le rétrécissement du sac se fut opéré, et que la cicatrice intérieure fut complète, je retirai la bougie pour mettre à sa place la tente de plomb : tous les jours le reste des voies lacrymales fut lavé, soit avec l'eau de plantain animée avec l'esprit-de-vin, soit avec l'eau de chaux avec addition de miel rosat.

Nous étions à la fin de maì lorsque, supprimant tout appareil, j'abandonnai à elle-même toute l'ouverture extérieure du sac.

Les larmes prirent leur cours par le nez, avec cette différence cependant, que, si par hasard la secrétion en étoit plus abondante que de coutume, il en refluoit quelques gouttelettes par cette ouverture restante, petite et presque invisible. L'œil étoit toujours sec : ce léger inconvénient dura encore quelques mois après que la malade fut sortie de l'hôpital ; il disparut ensuite, et jusqu'à ce moment la guérison est demeurée constante. Je ne dois pas laisser ignorer que, chez la malade dont il est question, non-seulement avant l'incision du sac, mais encore après, on n'a cessé d'employer la pommade ophthalmique jusqu'à

l'entière disparition du flux palpébral; que, pendant le traitement, je la purgeai plusieurs fois, soit avec le tartrite acidule de potasse et le tartrite de potasse antimonié à doses réfractées, soit avec les pillules résolutives de SCHMUCKER.

VIII^e OBSERVATION.

En janvier 1792, j'entrepris, dans ce même hôpital, le traitement de Magdeleine Marinoni, de Scaldasole. C'étoit une jeune fille de dix-neuf ans, qui avoit à l'œil gauche un *flux palpébral puriforme*, avec une légère élévation arquée du sac lacrymal.

Pendant quarante jours, l'onguent ophthalmique de Janin fut employé, et par interruption le collyre vitriolique. La secrétion morbifique des paupières cessa entièrement, mais l'œil resta larmoyant. Le sac, toujours soulevé, laissoit refluer comme auparavant, et quand on le pressoit, une abondance de larmes limpides. La maladie primitive s'étoit changée en une *hydropisie du sac lacrymal*. Bien persuadé que, pour rendre au sac son élasticité et sa capacité premières, les injections astringentes et la compression me seroient peu favorables, j'incisai tout le sac, dont l'intérieur me parut lisse et sans fongosités. Après avoir sondé le canal, j'y plaçai une canule d'argent, semblable à peu près à celle que recom-

mande BELL [1]; puis, après avoir fait quelques injections avec l'eau tiède, afin de bien laver l'intérieur du sac et de la canule, je rapprochai les lèvres de la plaie pour les maintenir en contact à l'aide de bandelettes agglutinatives, d'une compresse et du bandage.

L'inflammation consécutive du sac et des paupières de ce côté fut menaçante; je fis saigner copieusement la malade, et recouvrir la partie d'un emplâtre émollient et anodin. La diète la plus rigoureuse fut observée. Tous ces accidens disparurent dans l'espace d'une semaine; les lèvres de la plaie se rapprochèrent, se consolidèrent; tout, en un mot, fut à merveille. Il n'y avoit plus de larmoiement; et, trois semaines après l'opération, la malade, bien guérie, quitta l'hôpital. Cet état heureux dura une année; puis un sentiment de pesanteur, de piqûre, se fit sentir entre l'angle interne de l'œil gauche et le nez: de ce même côté le larmoiement reparut. Une tumeur s'élevoit dans le lieu du sac; elle étoit douloureuse quand on la pressoit, et elle s'enflamma peu à peu. Enfin, la suppuration survint; il y eut une ouverture extérieure, par laquelle il sortit du pus mêlé avec les larmes. Cette malade rentra à l'hôpital dix-neuf mois après l'incision du

[1] A System of Surgery, T. IV. PLANCHE XLII, fig. V, VI.

sac et la fixation d'une canule d'argent dans le canal nasal.

La pression de cette tumeur faisant juger de la présence d'un corps étranger, je ne doutai point que je ne sentisse la canule que j'avois placée. Sans égard pour l'ouverture faite par la suppuration, je renouvelai l'incision de tout le sac, depuis le tendon du muscle orbiculaire jusqu'en bas; je trouvai la canule située en travers dans le sac : elle fut extraite. Je la vis obstruée, et remplie d'une matière calculeuse compacte; après quoi, le sac fut seulement rempli de charpie sèche, soutenue par un bandage contentif.

Deux jours après, à la levée de cet appareil, toute la surface interne du sac me parut irrégulière, rouge et fongueuse. Cependant la sonde pénétroit avec facilité du canal nasal dans les narines. Sans retard, je plaçai ma bougie ordinaire, dont le bout supérieur étoit retenu par un fil ciré, et je l'enfonçai jusqu'au bas de la cavité du sac. La fongosité de la surface interne disparut après l'application réitérée des bourdonnets de charpie enduits du liniment fait avec l'oxide de mercure rouge et le mucilage de gomme arabique; par suite, de l'oxide de mercure rouge en poudre, dont je remplissois toute la cavité.

Dans l'espace de sept semaines, la cicatrice commença à se propager de dehors en dedans;

toute la cavité étoit déjà resserrée dans tous ses points, et existoit presque dans son état naturel. Dans le pansement, on ne se servit plus que de charpie sèche, ou baignée dans l'eau de chaux avec le miel rosat, unie à quelques gouttes d'esprit-de-vin. Vingt autres jours après, toute la cavité du sac fut cicatrisée, et on n'eut que deux ou trois fois besoin de nitrate d'argent fondu. Je retirai la bougie; je plaçai la tente de plomb. La malade la porta pendant un mois ; elle fut à son tour supprimée, et les bords de l'ouverture se cicatrisèrent sans qu'il fût besoin de les raviver.

Les larmes ayant repris leur cours par le nez, ne refluèrent plus par les points lacrymaux; les injections passèrent librement. Malgré tout, si la sécrétion des larmes devenoit plus abondante, quelle qu'en fût la cause, il en sortoit par le petit trou resté dans le point du repli de l'incision pratiquée sur le sac. Cette incommodité n'étoit pas sensible, l'œil étant constamment libre de tout embarras; elle disparut insensiblement et tout-à-fait quatre mois après. Je pourrois rapporter plusieurs histoires semblables à celle de ce dernier incident; je les retranche, autant parce que je veux être court, que parce qu'elles ne peuvent pas nous éclairer davantage sur ce point de pratique.

IXe OBSERVATION.

Une vieille femme de cinquante ans fut couchée dans les salles de cette école de chirurgie-pratique, pour y être traitée d'une tumeur molle et peu douloureuse, grosse comme une petite noix. Depuis très-long-temps, elle la portoit entre l'angle interne de l'œil droit et le nez. Elle cédoit facilement sous le doigt; et, lorsqu'on la comprimoit, on voyoit sortir par la narine correspondante une grande quantité de matière verte et puante; il en refluoit aussi un peu par les points lacrymaux.

Cette femme raconta qu'elle portoit depuis quinze ans ce mal, qui avoit d'abord été précédé d'une chassie abondante dont elle ne s'occupa jamais; que plusieurs fois cette tumeur s'étoit ouverte à l'extérieur avec soulagement; que cette crevasse s'étoit fermée d'elle-même; enfin que, depuis un an, après une grande enflure de toute la face, et de vives douleurs vers la racine du nez, elle avoit été plus tranquille, lorsqu'il s'écoula par la narine droite beaucoup de matière puante. Néanmoins le volume de la tumeur augmentoit toujours de plus en plus : cette femme avoit encore les bords des paupières roides, endurcis, rouges, fongueux intérieurement, avec turgescence des glandes de Meïbomius.

Aussitôt je plongeai la pointe d'un bistouri au-dessous du tendon du muscle orbiculaire; je le dirigeai contre l'os *unguis* pour descendre ensuite selon le repli de la paupière inférieure, et ouvrir toute l'étendue de la tumeur. Pendant cette opération, il sortit beaucoup de pus. Derrière l'incision, l'os *unguis* n'existoit plus, et, sur le contour, on sentoit à découvert quelques portions de l'os ethmoïde. A la place de l'os *unguis*, je trouvai une ouverture du diamètre d'une grosse plume à écrire : elle pénétroit immédiatement dans la narine droite. Sur son contour, la membrane pituitaire étoit également corrodée : il me fut impossible de trouver le canal nasal. Pour premier appareil, je ne fis que remplir la cavité de la tumeur de charpie molle, et recouvrir le tout d'un cataplasme de mie de pain et de lait, afin d'amollir les bords roides et endurcis des paupières.

Le lendemain, toute la face interne du sac me parut fongueuse; je la remplis de charpie enduite du liniment ordinaire; et, pour que ce caustique ne s'insinuât point dans la narine correspondante, j'introduisis et je repliai, dans l'ouverture faite par le défaut de l'os *unguis*, un petit *sindon* retenu par un fil passé dans son milieu, semblable à celui que l'on met au *sindon* dont on se sert après la trépanation des os du crâne. A chaque pansement,

pansement, outre le pus, il sortoit du vaste sac lacrymal des morceaux de couenne lardacée, et de temps en temps de petites esquilles. Dans les endroits de l'ulcère où la fongosité étoit plus élevée, tantôt j'employois la poudre seule d'oxide de mercure rouge, tantôt je la mêlois avec le sulfate d'alumine, ou je touchois simplement avec le nitrate d'argent fondu.

Ce traitement fut continué avec assez d'avantage pendant trente jours consécutifs. A cette époque, l'ulcère devint granuleux, et fort disposé à diminuer de largeur, ainsi que le sac lacrymal. Dans la suite, je ne pansai plus qu'avec la charpie sèche, et quelquefois je promenois le nitrate d'argent fondu sur le bord de l'ouverture large, qui, du sac, communiquoit dans la narine droite.

Vers le soixantième jour, l'ulcération de la cavité interne du sac étoit entièrement cicatrisée, et celui-ci réduit à peu près à son étendue naturelle. Les paupières étoient en bon état, moyennant l'usage non interrompu, matin et soir, de l'onguent ophthalmique, et l'instillation du collyre vitriolique réitérée trois à quatre fois le jour. Ce fut alors que je laissai les lèvres du sac se cicatriser; les larmes enfin passèrent immédiatement dans la narine, par l'ample ouverture que présentoit à la partie postérieure du sac l'absence de

l'os *unguis* : et la femme sortit parfaitement guérie de l'hôpital où je l'ai traitée.

OBSERVATIONS ADDITIONNELLES

DU PREMIER CHAPITRE

Sur les Maladies des Voies lacrymales.

COMME traducteur d'un Ouvrage devenu nécessaire dans notre langue, mon but a aussi été de le rendre le plus complet qu'il m'a été possible, en y ajoutant ce que l'auteur n'a pas jugé à propos de traiter. De cette manière, je présenterai aux étudians le tableau exact et resserré de toutes les maladies de l'œil, et de toutes les opérations qu'elles nécessitent. En cela, mon intention est d'éviter le désavantage de se procurer plusieurs ouvrages sur une même matière, ceux que nous possédons étant extrêmement incomplets ou vieillis par le temps. D'après ce, je ne crois pas devoir quitter le Chapitre de la fistule lacrymale, sans d'abord parler de l'affection des points lacrymaux, et sans faire quelques remarques sur la théorie de la fistule lacrymale, théorie qui ne laisse pas que d'être susceptible de quelques réflexions importantes.

De l'Oblitération des points et des conduits lacrymaux.

On entend par *oblitération* des points et des conduits lacrymaux l'agglutination totale, au moyen d'une cicatrice, de tous les points de leur surface interne, et leur *obstruction* n'est autre que l'embarras qui peut exister dans leur trajet : d'où la non-transmission des larmes dans le sac lacrymal; d'où leur écoulement sur la joue. Cette affection peut être congéniale; c'est ce que nous prouve une observation d'Anel : elle est, au contraire, accidentelle, quand elle est la suite d'une maladie primitive, d'une inflammation, d'une plaie, d'une contusion, de la petite vérole, etc. J. L. Petit nous a transmis trois observations qui constatent ce cas extraordinaire et très-rare.

Signes de l'Oblitération.

Écoulement des larmes limpides sur la joue, depuis la naissance ou à la suite d'une affection quelconque, le plus ordinairement ou toujours sans intumescence du sac lacrymal; sécheresse de la narine : le point lacrymal ne se rencontre pas, ou bien on le voit cicatrisé, ou bien il paroît comme dans son état naturel. Dans ce dernier cas, la sonde d'Anel, introduite dans son inté-

rieur, sera bientôt arrêtée par une bride ou un embarras dont on ne peut pas juger l'étendue, et qui ne permettent pas une introduction ultérieure. Souvent un seul point lacrymal est affecté; d'autres fois tous les deux sont également oblitérés : alors les signes sont les mêmes des deux côtés. D'ailleurs, il peut exister une cicatrice extérieure bien prononcée, qui ne laisseroit aucun doute sur la maladie.

Les causes d'une oblitération de naissance ne sont pas connues, et celles qui sont accidentelles sont trop manifestes pour être rapportées.

Le but du chirurgien ne doit pas être de créer ou de rétablir les points et les conduits lacrymaux dans le lieu où la nature les place [1]; il ne réussira jamais : mais de former une ouverture qui communique immédiatement dans le sac lacrymal, de manière que, la cicatrice achevée, elle ne soit pas susceptible de se fermer aucunement. Voici l'opération que je proposerai; elle me paroît devoir parfaitement répondre à mon intention. A l'aide d'un bistouri très-étroit, on pratiquera une petite incision entre la commissure interne de la paupière inférieure, et l'endroit où doit exister le point lacrymal; dans ce repli qui distingue la caroncule, des tégumens de

[1] *Petit*, Traité des Malad. chirurg. *Choppart*, Traité d'Opérat.

la paupière. Après avoir avoir pénétré dans le sac, on introduira une corde à boyau, à mesure que l'instrument sera retiré; cette corde, enfoncée très-profondément jusque dans le nez, sera fixée sur les côtés de la racine du nez, au moyen d'un morceau de taffetas d'Angleterre, qui retiendra un fil attaché à son extrémité supérieure. Pendant les premiers jours, le chirurgien emploiera avec discernement les remèdes généraux et les topiques convenables pour s'opposer aux progrès d'une inflammation inévitable. On laissera, au moins quatre ou cinq jours, ce corps étranger dans le sac et le canal nasal, sans en être retiré; puis, ce temps écoulé, on le renouvellera tous les deux jours, jusqu'à ce que la suppuration soit bien établie, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus ni inflammation ni engorgement. Si, dans ce cas, on supprime la corde à boyau, l'ouverture artificielle se fermera, comme celle faite pour l'opération de la fistule lacrymale. Le traitement deviendra absolument inutile. Je conseillerai donc d'effectuer, à cette époque, une perte de substance, en portant dans l'ouverture occupée par la corde à boyau le bouton rougi d'un stylet, semblable à celui dont on se sert pour sonder les plaies. De cette manière, on cautérisera les parois membraneuses du sac, le tissu cellullaire et la peau qui le recouvrent à l'endroit

que nous avons indiqué pour l'incision. Je préférerois encore porter, avec des pinces ou avec le porte-pierre, un morceau de nitrate d'argent fondu, taillé en crayon, et assez long pour pénétrer jusque dans le sac. Ainsi on cautériseroit également les parois du nouveau conduit lacrymal. Cette seconde opération achevée, on réintroduira la corde à boyau comme auparavant; on provoquera la chute des escarres, en établissant une bonne suppuration par l'usage des émolliens. La plaie réduite à cet état désiré, la corde à boyau sera de nouveau changée tous les deux jours; des injections d'eau d'orge miellée seront faites à chaque pansement; enfin la cicatrice se fera sur ce même corps étranger, qui doit toujours être d'une moyenne grosseur, parce qu'étant supprimé, l'ouverture qui le recevoit, grande d'abord, se rétrécit nécessairement un peu. Il n'y a plus d'oblitération à craindre, et, dans cet état des parties, le praticien est assuré d'avoir établi avec avantage une route artificielle des larmes dans le sac lacrymal, dans le canal nasal; d'avoir ainsi suppléé au défaut de points lacrymaux et de leurs conduits; enfin il n'y aura plus d'écoulement des larmes sur la joue.

Signes de l'obstruction des conduits lacrymaux.

Écoulement sur la joue de larmes mêlées avec une certaine quantité de mucus sécrété par les glandes de Meïbomius; bords des paupières rouges, gonflés, douloureux, chassieux; membrane interne des paupières, et souvent la conjonctive qui lui correspond, injectée d'un grand nombre de vaisseaux veineux; facilité de pénétrer dans le sac lacrymal avec la sonde d'Anel.

Ici je n'ai rien à ajouter au traitement proposé par le professeur Scarpa, pour réprimer le flux palpébral puriforme, l'ophthalmie chronique. C'est celui que j'ai adopté, et qui depuis longtemps m'a toujours réussi; car il est à peu près celui qu'employoyoit Desault à l'Hôtel-Dieu de Paris. Cependant j'ai observé des cas où le larmoiement étoit l'effet d'une obstruction particulière dépendante, non d'une plénitude du sac qui étoit affoibli, mais bien d'une matière visqueuse qui, semblable à un filament, remplissoit l'intérieur du conduit lacrymal, et étoit accumulée dans l'angle interne de l'œil. C'étoit une raison pour que les larmes se ramassassent dans cet angle interne, et suintassent sur la joue. Loin de prendre cet état pour une fistule lacrymale, on doit le regarder comme un obstacle à sa forma-

tion : ce flux continuel des larmes, produit par une telle cause, est gênant, provoque la sensibilité des joues, les rend douloureuses, et les excorie jusqu'à un certain point.

Des Tumeurs et des Fistules lacrymales.

Une tumeur lacrymale [1] est une élévation ovalaire circonscrite; située dans le grand angle de l'œil, à surface égale, arrondie ou étranglée dans son segment supérieur par le ligament du muscle orbiculaire situé au-devant et en travers; indolente, sans changement de couleur à la peau; molle, fluctuante, disparoissant sous la compression, soit que le fluide s'écoule sur la joue par la voie des points lacrymaux, soit qu'il s'échappe par le nez en traversant le canal nasal; écoulement sur la joue d'un mélange de larmes et de mucosité.

Il seroit possible de confondre, au premier coup d'œil, cette maladie avec une autre tumeur également située dans le grand angle de l'œil; mais celle-ci a des différences bien marquées. Son siége est dans le tissu cellulaire qui unit le sac lacrymal aux tégumens, rouges alors et douloureux au toucher. Cette tumeur est plus étendue, moins circonscrite, et sans étranglement

[1] *Hernie* ou *hydropisie* de la plupart des auteurs.

dans son segment supérieur. La douleur s'accroît par la compression; la fluctuation est manifeste et superficielle; il ne reflue rien par les points lacrymaux; c'est un abcès simple auquel les Grecs ont donné le nom d'*anchylops*. Du reste, les voies lacrymales sont très-saines, au moins dans les premiers temps de la maladie.

Dans la recherche des causes productrices des tumeurs lacrymales, on seroit tenté de croire que le professeur Scarpa n'en connoît d'autres qu'un vice de sécrétion des glandes de Meïbomius, et une affection de la membrane interne des paupières. Il est vrai que, dans la pratique, il a reconnu cette cause comme la plus ordinaire; mais il ne rejette pas celles qui résident dans l'obstruction du canal nasal, dans l'atonie des parois du sac lacrymal, et dans leur sécrétion d'un mucus plus abondant que de coutume; causes dont il eût nécessairement parlé, s'il ne se fût pas borné à ses observations.

C'est d'après ces mêmes causes que je distinguerai quatre espèces de tumeurs lacrymales: 1.° celle produite par un vice de sécrétion des glandes de Meïbomius et de la membrane interne des paupières; 2.° celle dépendante de l'atonie du sac; 3.° celle formée par un mucus que sécrètent immédiatement les parois du sac, lorsque les points lacrymaux n'ont jamais existé, ou

lorsqu'ils se sont oblitérés à la suite de la petite vérole, d'une inflammation, d'une plaie, etc.; 4.° celle qui est l'effet de l'obstruction du canal nasal.

Les signes propres à la première espèce sont: larmoiement; bords des paupières rouges, chassieux, tuméfiés, douloureux ou simplement sensibles au toucher; saillies formées par les orifices des canaux propres aux glandes de Meïbomius, qui paroissent beaucoup plus grosses que dans l'état naturel; membrane interne des paupières rouge, villeuse, douloureuse, tuméfiée; mucosité répandue en nappe entre cette membrane et la conjonctive, qui est plus épaisse et plus injectée de vaisseaux veineux qu'elle ne le paroît dans l'état de santé. En comprimant la tumeur, reflux par les points lacrymaux d'un mucus jaunâtre, épais, strié de larmes, semblable, par sa consistance, sa couleur, à celui qu'on observe entre le globe de l'œil et la membrane interne des paupières. Il ne reflue rien par le nez; sans doute moins alors, parce qu'il y a oblitération du canal nasal, que parce que le mucus, plus épais, se précipite dans le sac, et bouche l'orifice inférieur du canal nasal. Les praticiens ont vu, comme moi, que, lors de la première compression de la tumeur, les larmes sortent toujours avec le mucus, qui lui-même s'écoule seul, quand une

dernière compression vide complétement le sac. Cette observation donne quelque force à ma conjecture.

Si la cause principale de cette tumeur réside dans la membrane interne des paupières, il n'y a pas de doute qu'elle ne doive fixer toute l'attention du chirurgien. Aussi voit-on, dans ces cas, ces maladies disparoître sans qu'il soit besoin de recourir à une opération : mais combien ce traitement est sujet à varier, puisque ces affections des paupières peuvent avoir des causes si multipliées! Les constitutions vénériennes, scrofuleuses, rachitiques, dartreuses, psoriques, varioleuses, annoncées par l'état de ces organes, peuvent être autant de causes de la maladie qui exige autant de manières différentes de la traiter. On a vu des ophthalmies, devenues chroniques, produire ces affections que l'on a guéries sans opération, en usant seulement des lotions toniques qui ont détruit l'état morbifique de ces organes, sans qu'il ait été besoin d'administrer aucun remède interne. On sait, avec Richter et beaucoup d'autres praticiens, que la teigne imprudemment guérie, la rogne répercutée, peuvent occasionner une tumeur lacrymale que l'on fait disparoître, en déterminant le plus souvent à la peau un nouvel exanthême, qui se dissipe par la suite et fait disparoître la tumeur. Cette remarque me

rappelle une observation que j'eus occasion de recueillir à Paris. Une marchande de meubles de la rue Saint-Martin avoit, en 1794, une jeune demoiselle âgée de sept à huit ans, affectée d'une tumeur lacrymale, suite de la petite vérole. Cette enfant étoit confiée aux soins de notre confrère Demours, qui, ne jugeant pas à propos de l'opérer, se contentoit de la voir une ou deux fois par semaine, ayant mis la mère à même de faire les injections convenables plusieurs fois pendant la journée, et lui ayant recommandé de comprimer, le plus souvent possible, pour vider le sac. Il y avoit déjà deux ans que la maladie existoit, sans que la tumeur et l'écoulement d'une matière puriforme eussent offert le moindre changement ni en bien ni en mal. Il survint une inflammation aiguë qui parcourut toutes ses périodes, céda aux moyens que j'employai, se dissipa complétement. Dès cet instant, la petite malade ne fut plus incommodée de son écoulement puriforme.

Les signes propres à la seconde espèce de tumeur lacrymale par atonie du sac, sont : larmoiement, membrane interne des paupières, glandes de Meibomius, ourlets, points lacrymaux pâles, minces, souples comme dans l'état naturel; reflux par les points lacrymaux de larmes claires, limpides, lorsqu'on comprime la tumeur qui

s'affaisse sans occasionner la moindre douleur; reflux de cette même matière par les fosses nasales, quand on comprime la tumeur de haut en bas, de manière à rapprocher tous les points de la surface des parois des conduits lacrymaux, de sorte que rien ne puisse s'écouler par cette voie. Quoique les paupières et leurs dépendances soient dans l'état de santé, il peut cependant arriver que les larmes qui s'écoulent soient mêlées de quelques mucosités. Ce n'est jamais dans les premiers temps de la formation de la tumeur, et on peut regarder cette mucosité comme le produit de la membrane du sac devenue organe sécréteur, par l'irritation lente qu'elle a éprouvée. D'ailleurs cette mucosité est infiniment moins abondante que si l'affection des paupières étoit réelle : elle n'a pas l'aspect puriforme.

Traitement.

L'expérience n'ayant pas prononcé en faveur de la compression à l'aide du bandage d'*Aquapendente* perfectionné par *Platner* et par *Petit*, je pense qu'il ne faut point s'attacher à ce moyen, non plus qu'aux injections stimulantes, quelles qu'elles soient, surtout si la maladie est ancienne. Sans perdre un instant, on ouvrira le sac dans toute son étendue; on s'assurera enfin de l'état du canal, dont l'obstruction ou l'oblitération

peuvent être la cause immédiate de la maladie. S'il existe une simple obstruction ou un embarras, il faudra pratiquer l'opération qui convient à la fistule lacrymale confirmée : et s'il y a oblitération du canal nasal, on ouvrira le sac dans toute son étendue, et à l'aide du cautère actuel on établira une communication immédiate du sac dans le nez, en détruisant la texture de l'os *unguis* et de la portion de membrane pituitaire qui le tapisse du côté du nez. Le reste du traitement, jusqu'à guérison parfaite, sera tel que l'auteur l'a indiqué.

Caractères de la troisième espèce de tumeur lacrymale.

Écoulement de larmes très-limpides sur la joue ; absence congéniale ou accidentelle des points et des conduits lacrymaux ; affaissement de la tumeur lorsqu'on la comprime ; écoulement constant par le nez de la matière contenue, qui, certainement, ne peut avoir rien de commun avec les larmes.

La cause immédiate de cette espèce de tumeur réside dans les parois du sac, devenues évidemment organes sécréteurs d'une mucosité qui doit être limpide, et dont la congestion, chaque jour augmentée, les distend insensiblement. Les causes éloignées résident dans l'ab-

sence des points lacrymaux, que l'on n'a pu déterminer, comme étant congéniale, ou qui est la suite de la petite vérole, d'une inflammation, etc., comme le prouvent trois observations de J. L. Petit.

Traitement.

On peut ouvrir le sac dans toute son étendue, le remplir de charpie, en le pansant comme une plaie simple, jusqu'à cicatrisation parfaite. Dans cet état, on peut être sûr qu'il s'oblitérera, sans qu'il soit besoin de recourir aux escarotiques indiqués par *Angiolo Nannoni* [1], qui ne se proposoit que ce but dans toutes les opérations de fistules lacrymales : mais, dans ce cas, on ne remédioit pas au larmoiemeut ; et c'est la raison qui me porte à croire que la méthode indiquée par Petit n'est pas la meilleure.

Ne vaudroit-il pas mieux opérer, comme je l'ai dit plus haut, lorsqu'il s'agissoit d'établir une route aux larmes dans le sac lacrymal et dans le canal nasal, dans le cas de non-existence des points et des conduits lacrymaux? Après avoir pénétré dans le sac selon mon procédé, qui jusqu'ici n'est encore que celui de Pouteau, on passeroit une sonde solide, parfaitement cylin-

[1] Lorenzo Nannoni, *Trattato delle materie chirurgiche*, tom. I, pag. 268.

drique, jusque dans le canal nasal, si celui-ci n'étoit pas oblitéré. Dans cette circonstance favorable, on pourroit remplacer cette sonde par une corde à boyau, et traiter le malade de la même manière que j'ai indiquée, jusqu'à ce qu'après avoir employé, à l'aide du porte-pierre, le nitrate d'argent taillé en crayon, on eût établi une perte de substance, et jusqu'à ce que l'on se fût assuré que la nouvelle ouverture restera permanente pour le passage des larmes dans les voies que la nature leur a destinées. Si, après avoir fait cette première incision, la sonde ne pouvoit pénétrer dans le canal, elle serviroit de guide à une canule, dont le bout, porté dans le sac lacrymal, seroit dirigé et fixé contre l'os *unguis*. Alors on porteroit dans cette canule une semblable sonde solide, rougie au feu, et de cette manière on cautériseroit et perceroit l'os *unguis*; on désorganiseroit une partie de la membrane pituitaire; il en résulteroit une ouverture qui communiqueroit directement dans les fosses nasales, et de cette manière la tumeur lacrymale disparoîtroit, ainsi que l'écoulement des larmes sur la joue. Le traitement ne différeroit aucunement de celui qui est connu.

Les tumeurs lacrymales par obstruction ou par oblitération du canal nasal ont des signes équivoques et embarrassans, quand on n'observe aucune

aucune cause extérieure; telle seroit une inflammation présente, un polype ou toute autre excroissance dans les fosses nasales : du reste, narine sèche, aucun reflux par cette voie, en comprimant la tumeur de haut en bas. L'introduction du stylet flexible et boutonné d'Anel ne donne pas plus de certitude sur l'état de la maladie. En effet, porté dans le sac lacrymal avec les précautions ordinaires, ou il ne pénètre pas dans le canal, et alors on juge de l'obstruction réelle et totale; ou bien il le traverse, et sa ténuité ne nous donne qu'une idée fort inexacte et imparfaite de cet embarras, sans nous rien indiquer sur sa nature, son étendue. Les injections ne nous instruisent pas davantage, parce que, dans ce cas, on ne parvient jamais à les faire couler dans le nez. La méthode de Laforest, d'une application plus difficile, plus incertaine, n'est pas plus satisfaisante. En effet, ou l'on pénètre dans le canal, ou l'on n'y parvient pas : dans le premier cas, il n'y a pas de doute que le conduit ne soit libre, car la sonde ou le siphon de la seringue de Laforest sont assez gros; dans le second cas, le non succès est autant attribuable à la difficulté, à l'impossibilité de parvenir du nez dans l'orifice inférieur du canal, qu'à l'obstruction de ce même canal, si toutefois elle existe : donc même incertitude. Cependant la pratique reconnoît ces

obstructions et ces oblitérations, dont les signes pathognomoniques ne sont pas encore évidens : du reste, les paupières et leurs dépendances sont parfaitement saines.

Traitement.

On ne peut connoître au juste l'état du canal nasal qu'en y pénétrant après avoir ouvert le sac. S'il est simplement obstrué, on parvient à rétablir son calibre, en usant d'abord d'une corde à boyau, comme le faisoit Petit; et quand le passage est facile, on peut employer le séton, que l'on grossit chaque jour, jusqu'à ce que le canal soit libre, et que ses parois soient cicatrisées sur tous leurs points; car, avant ce temps, on ne doit pas cesser l'usage de la mèche ou du séton. L'expérience nous apprend qu'on guérit fort bien par ce moyen, et d'une manière durable. S'il y a oblitération; si les obstacles sont difficiles, impossibles à surmonter, il n'y a pas de doute qu'il ne faille s'y prendre tout autrement, et procéder de suite à la cautérisation de l'os *unguis* et de la membrane pituitaire. Il me semble que l'on ne peut faire autrement, car un canal simplement obstrué peut être rétabli; mais celui qui est entièrement oblitéré, supposé qu'il revînt dans son premier état, est susceptible de se rétrécir de nouveau, de s'oblitérer encore, et de

donner lieu à une nouvelle tumeur lacrymale. La cautérisation est donc le seul moyen convenable, parce qu'on emploie un moyen certain, et que tout autre seroit infiniment douteux. Je ne pense pas qu'on puisse méconnoître cette vérité dans le cas que je propose, et qu'on rencontre souvent dans la pratique.

Jusqu'ici nous avons vu ces tumeurs indolentes sans changement de couleur à la peau, et sans aucune complication inflammatoire : en sorte que nous n'avons rien qui puisse nous assurer l'existence d'un vrai pus, même lorsqu'une matière semblable à du pus s'écoule avec les larmes, quand on comprime la tumeur. Nous ne pouvons donc pas croire, avec *Lorenzo Nannoni* [1], qu'il existe un ulcère primitif dans les parois du sac, quand une matière puriforme s'écoule, quel que soit le bon état des paupières. Il est plus présumable que la surface du sac s'est épaissie, et est depuis long-temps affectée d'une inflammation chronique. Elle est alors sans action sur les larmes qui séjournent, et compriment le sac en le distendant chaque jour davantage, jusqu'à le désorganiser entièrement. Il arrive une époque où cette désorganisation est telle, qu'il s'opère une solution de continuité, ou vers l'os *unguis* qui se nécrose, ou dans le grand angle de l'œil à l'exté-

[1] Ouvrage cité, page 268,

rieur : mais, avant que cette solution s'opère, la tumeur a acquis un certain volume plus considérable que celui qu'elle avoit jamais présenté ; elle devient douloureuse et très-sensible au toucher ; il y a rougeur à la peau, duretés sur toute sa circonférence ; enfin la tumeur s'ouvre spontanément, si l'art attend trop long-temps ; il s'écoule alors un vrai pus : c'est ce que les praticiens caractérisent de *fistule lacrymale* proprement dite.

Caractères généraux de la Fistule lacrymale.

Un ou plusieurs ulcères situés dans le grand angle de l'œil, au-dessous de la commissure interne des paupières, précédés d'une inflammation érysipélateuse, dont le foyer est dans le grand angle, et qui s'étend sur tout le côté de la face ; tension et douleurs dans cette partie ; engorgement œdémateux des paupières et des parties les plus voisines ; ulcères avec ou sans callosités ; écoulement sur la joue d'un véritable pus mêlé avec les larmes.

Il n'est pas rare de voir une tumeur lacrymale s'abcéder, se vider complétement, et former une véritable fistule, dont l'ouverture se couvre d'une croûte, se cicatrise momentanément, de manière à faire croire à une guérison parfaite. Il arrive alors que la tumeur se reforme,

s'abcède de nouveau ; il en résulte, pour une seconde fois, une fistule qui peut encore disparoître, et qui finit cependant par devenir permanente, en donnant une issue continuelle aux larmes mêlées avec du pus. Le plus ordinairement la narine est sèche du côté de la fistule lacrymale.

Que l'on se donne bien de garde de confondre cette maladie avec un ulcère semblable par sa situation extérieure, et qui n'est autre que l'effet d'une tumeur inflammatoire, dont le siége est dans le tissu cellulaire de la peau qui recouvre le sac lacrymal. On évite toute erreur, en observant, 1.° que le malade n'eut jamais aucun vice d'organisation dans les voies lacrymales ; 2.° que la tumeur est dure dès son principe, que l'ondulation et le larmoiement n'en sont qu'une conséquence ; 3.° que la tumeur inflammatoire et le foyer purulent qui s'ensuit, sont immédiatement situés sous la peau ; 4.° que le sac lacrymal est, dans son principe, mou, fluctuant dans toute sa circonférence, tandis qu'une tumeur inflammatoire présente tout le contraire. Il est cependant présumable que cette inflammation peut en produire une réelle dans le sac lacrymal, et donner lieu à une fistule. C'est ce que nos anciens appeloient *ægylops*, suite de l'*anchylops*.

Je distinguerai quatre espèces de fistules lacry-

Première espèce. *Caractères.* Tumeur molle, fluctuante, douloureuse, d'un rouge noir et sans ulcération; issue par les points lacrymaux d'un pus abondant, fétide, noirâtre et strié de larmes lors de la compression; narine sèche; altération de la partie postérieure du sac et de l'os *unguis*, reconnue par l'introduction méthodique de la sonde d'Anel.

C'est là une véritable fistule lacrymale, parce que l'abcès me paroît s'être fait une issue par les points lacrymaux. Je rapporterai les deux observations qui me semblent confirmer la vérité de ce que j'avance.

En messidor, an VII, pendant un séjour de quelques mois que je fis à Nevers, on m'amena une jeune fille âgée de vingt-un à vingt-deux ans. Elle portoit, depuis six ans, à l'angle interne de l'œil gauche, une tumeur grosse comme une noisette. Elle étoit molle, sans duretés, douloureuse cependant et sans ouverture à la peau. En la comprimant, elle se vida par les points lacrymaux, d'où il s'écoula un pus abondant, grisâtre, très-fétide, mêlé avec les larmes qui s'écouloient continuellement sur la joue, dès que le sac étoit une fois rempli. Je sondai les points et les conduits lacrymaux; parvenu dans le sac, je touchai l'os *unguis* à nu, et je jugeai qu'il étoit carié. Le lendemain la malade revint me consul-

ter. Le sac étoit rempli comme la veille : je n'y touchai pas; je fis moucher la malade assez fort de ce côté, en pressant la narine du côté sain; il ne sortit rien, et bientôt je vis le pus s'écouler presqu'en entier par le nez, lorsque je comprimai la tumeur de haut en bas, de manière que la matière contenue se portât en plus grande quantité vers l'orifice supérieur du canal nasal. Peu de jours après, je pratiquai l'opération selon la méthode de Petit : après avoir placé très-facilement une corde à boyau de moyenne grosseur, je remplis de charpie tout l'intérieur du sac. Dans les jours suivans, on distinguoit encore mieux l'os *unguis* qui étoit parfaitement à nu : deux mois après l'opération, la malade n'étoit pas encore guérie; j'en laissai le soin à mon ami. *Pierson*, chirurgien distingué de cette ville. La guérison s'est enfin complétée après quatre mois de traitement; et deux ans après, à mon retour, j'ai eu occasion de revoir la même personne très-heureusement délivrée de son incommodité.

Au mois de germinal an VIII, je fus consulté par M. G***, propriétaire à Antibes. Il m'amena à Nice, un de ses fils âgé de neuf ans, et qui, depuis sa petite vérole, qu'il avoit eue trois ou quatre mois auparavant, portoit dans l'angle interne de l'œil droit une tumeur lacrymale moins

volumineuse que celle dont je viens de parler. Une même qualité de pus s'écouloit par les points lacrymaux, et je fis en vain toutes les tentatives nécessaires pour m'assurer s'il s'écouloit quelques mucosités par la narine correspondante. En sondant les points et les conduits lacrymaux, je m'assurai de la dénudation de l'os *unguis*. J'appris alors que l'enfant avoit eu cet œil fort malade pendant toute la durée de sa petite vérole : j'opérai encore selon la méthode de Petit, en présence du docteur *Lefort*, médecin ordinaire de l'armée. Je ne trouvai pas d'embarras dans le canal nasal, car la corde à boyau le pénétra avec la plus grande facilité ; je ne m'occupai que du sac et de l'os *unguis*, que par la suite je voyois et sentois très-bien à nu. J'obtins une exfoliation lente et insensible ; et au bout de deux mois, en ôtant la corde à boyau, les injections passoient en plus grande quantité des points lacrymaux dans le canal, que par l'ouverture que j'avois pratiquée. Des ordres supérieurs m'appelèrent à Milan, où, un mois après, j'appris que l'enfant sans être guéri, ne cessoit d'aller bien : je n'en ai pas entendu parler davantage.

Ces deux observations me semblent suffisantes pour démontrer qu'il peut y avoir une fistule lacrymale sans ulcère aux tégumens soulevés qui orment tumeur, et que la nature nous donne

l'intermédiaire entre les tumeurs lacrymales et les fistules proprement dites.

Deuxième espèce. *Caractères.* Ulcère dans le grand angle de l'œil; destruction de la partie postérieure du sac, sans ouverture communicante dans le nez; écoulement, sur la joue, des larmes et d'un pus abondant, ichoreux, fétide; contour de l'ulcère, violet, douloureux; altération de l'os *unguis* distincte, à l'aide du stylet boutonné d'Anel introduit dans l'ulcère; narine sèche.

Cette espèce peut n'être regardée que comme une variété de la précédente.

Troisième espèce. *Caractères.* Un ou plusieurs ulcères situés dans le grand angle de l'œil au-dessous de la commissure des paupières; communication dans le sac lacrymal, dont on ne sent pas la partie postérieure désorganisée; écoulement continuel, sur la joue, des larmes mêlées avec un pus blanc, épais, sans odeur; contours de l'ulcère, avec ou sans callosités, mais douloureux au toucher, avec ou sans affection chronique des paupières; narines sèches.

Quatrième espèce. *Caractères.* Tumeur lacrycrymale, avec ou sans ulcère extérieur; destruction d'une partie de l'os *unguis ;* communication immédiate du sac lacrymal dans les fosses nasales; écoulement subit par le nez de toute la matière contenue lorsqu'on comprime la tu-

meur; larmoiement moins considérable dans ce cas que dans les trois autres précédens.

La fistule lacrymale n'étant qu'une maladie secondaire, ses causes sont celles qui déterminent une tumeur lacrymale ou toute autre maladie du sac : j'en ai assez parlé pour ne pas y revenir ici.

On ne peut guérir les fistules lacrymales qu'à l'aide d'une opération dont le mode doit varier selon leurs complications ou espèces. Dans toutes ces affections sans carie profonde, sans destruction de l'os *unguis*, j'adopte entièrement le procédé décrit par l'auteur que je traduis; mais comme on ne peut pas se flatter qu'il soit celui de tous les praticiens, je crois devoir rappeler la manière d'introduire un séton dans le canal nasal.

Méjan faisoit passer journellement dans les voies lacrymales une mèche qu'il portoit de bas en haut, à l'aide d'un fil introduit par le point lacrymal supérieur et tiré par le nez. Pouteau incisoit le sac entre la caroncule et le dedans de la paupière inférieure, pour faire passer aussi dans le canal nasal un séton tiré de bas en haut. Desault ne différoit de Pouteau qu'en ce qu'il incisoit le sac en dehors, comme le pratiquoit Petit; et le procédé de Desault n'est autre que la combinaison de ceux de Petit et de Méjan.

Ce dernier procédé consiste à pénétrer d'un

seul coup dans le sac lacrymal avec la pointe d'un bistouri très-étroit; à placer, en même temps que l'on retire le bistouri, un stylet assez solide que l'on enfonce dans le sac, dans le canal nasal, dont on suit la direction d'avant en arrière. Éprouve-t-on de la résistance? il faut la vaincre avec ce stylet, dans la vue de désobstruer ce canal, et afin d'introduire ensuite plus facilement une canule légèrement conique de haut en bas, sur le stylet même qui est assez gros pour la remplir exactement, qui lui sert de conducteur. La canule placée jusque dans la partie la plus inférieure du canal nasal, le stylet est retiré : un fil non ciré est poussé dans la canule avec le même stylet qui a servi de guide, ou avec un autre plus mince; ce fil est pressé et comme pelotonné vers l'extrémité inférieure de cette canule. Dès que le chirurgien s'aperçoit qu'il a employé une assez grande longueur de fil, il fait moucher le malade en soulevant un peu la canule, de manière que son bout inférieur ne touche pas le plancher du nez. Ce fil sort alors en avant; et ce n'est souvent qu'après des tentatives fort longues, fort pénibles. D'autres fois on ne réussit pas, et on est obligé de suspendre l'opération pour y revenir le lendemain : aussi, dans ce cas, a-t-on soin de laisser la canule en position.

Cette difficulté d'introduire le fil a paru, avec

raison, au collègue Giraud, premier chirurgien de S. M. le roi de Hollande, provenir de la disposition de l'orifice inférieur de la canule : aussi lui a-t-il fait une coupe oblique en devant, en donnant en même temps à l'instrument une légère courbure dont la concavité soit aussi en devant : de cette manière, je m'en suis deux fois assuré par ma pratique, l'introduction du fil est infiniment plus commode. Giraud ne s'en est pas tenu à cette correction; il lui a ajouté d'après l'idée de Jurine, un stylet d'acier battu, aplati et fort élastique. C'est, diroit-on, un véritable ressort de montre muni d'un bouton à son extrémité inférieure, et percé supérieurement comme une aiguille propre à recevoir un fil. Giraud, après avoir placé sa canule de manière que la concavité de sa courbure légère soit en devant, ainsi que la coupe oblique en bec de flûte de l'extrémité inférieure, ce qui se reconnoît à la position d'un signe placé au haut de la canule, et qui doit regarder en avant, introduit son ressort, dont le bouton se présente hors du nez. En le retirant, il entraîne en même temps en bas le fil passé dans l'ouverture qui se trouve à l'extrémité opposée au bouton. Le fil passé, la canule retirée, on fixe le séton formé de plusieurs brins de charpie, dont on augmente la quantité jusqu'à ce que l'on juge de la dilatation suffisante du canal que l'on

croyoit obstrué. Cette correction du procédé de Jurine est en partie indiquée par Sabatier [1].

Après avoir fixé le séton, le pansement consiste à prendre le fil qui est dans la plaie, à porter de bas en haut, dans le canal, ce séton enduit de cérat, et dont tous les brins de charpie longue sont réunis en bas, au moyen d'un fil simple coupé au niveau de l'aile du nez, lorsque ce séton est porté dans le canal nasal : après quoi, le fil principal, roulé sur une carte, est fixé dans les cheveux ou au bonnet du malade. On met un peu de charpie enduite de cérat, entre les bords de la plaie que l'on couvre d'une compresse soutenue par un bandage convenable.

Le second pansement a, pour l'ordinaire, lieu le surlendemain. La suppuration n'est pas établie; mais la charpie fine, enduite de cérat, et mise entre les bords de la plaie, s'enlève sans peine. Puis, pour renouveler le séton, il convient de détacher d'abord avec exactitude le sang desséché qui peut entourer le fil dans la plaie; d'enduire ce fil de cérat, et, après l'avoir débarrassé des cheveux ou du bonnet auquel il étoit fixé, de prendre le fil apparent par le nez et tenant au séton, de le tirer en bas jusqu'à ce que tout celui-ci paroisse au dehors, apres avoir entraîné dans le canal nasal la portion de fil correspondante à la

[1] Médecine opérat. tom. II, pag. 500.

plaie. Ce séton est détaché du fil principal, remplacé par un second, qui est reporté dans le canal nasal après avoir été enduit de cérat, et après avoir réuni auparavant le bout de tous les brins de charpie longue qui le forment, au moyen d'un fil qui est ensuite coupé au niveau de l'orifice externe du nez. J'ai vu que, dès cet instant, on s'occupoit peu de l'incision pratiquée aux tégumens. Le pansement est le même, jusqu'à ce qu'après avoir successivement augmenté le volume du séton, on soit persuadé que le canal nasal a repris toutes ses dimensions, et lorsque le séton n'est plus enduit que d'une mucosité, et non d'un véritable pus.

On ne peut se dissimuler que, dans tous les cas où il est possible de passer un stylet capable de remplir exactement la canule dont on se sert pour l'introduction du fil; que, dans tous les cas où ce stylet et cette canule pénètrent sans difficulté, le siége de la maladie n'est pas positivement dans le canal nasal. L'expérience nous prouve que ces obstructions ne se rencontrent pas toujours, et nous ne varions pas le mode de traitement. A consulter tous les écrivains, depuis Petit jusqu'à ce moment, il est facile de voir que l'on s'est trop attaché à l'état du canal nasal, et que personne n'a imaginé que le siége de la maladie pouvoit résider exclusivement dans le sac,

absolument négligé dans tous les traitemens connus jusqu'ici : de là la récidive des maladies, la longueur des traitemens qui quelquefois sont infructueux. Sous ce rapport, je préfère le procédé du professeur de Pavie, parce qu'en même temps qu'il a pour but de maintenir le calibre du canal nasal, il permet, depuis le principe jusqu'à la fin du traitement, de porter toute son attention sur les parois du sac. C'est peut-être le seul moyen propre à obvier à toutes récidives de la fistule lacrymale.

Un polype, un épaississement considérable des parois membraneuses du canal devenues squirreuses, une exostose, etc., peuvent ôter à la chirurgie les moyens de rétablir le cours ordinaire des larmes. On doit tenter d'abord l'extirpation du polype qui présente de graves inconvéniens, s'il descend de la membrane qui tapisse les cellules ethmoïdales. En second lieu, il faut faire enflammer les parois calleuses du canal, en provoquer en quelque sorte la fonte putride. On ne se décidera pour une route artificielle qu'autant qu'on ne pourra s'en dispenser : alors on percera l'os *unguis*. D'accord sur ce fait, je suis loin de l'être sur le procédé le meilleur. Faut-il cautériser l'os *unguis* et la membrane pituitaire? Paul d'Égine a décrit le procédé qui a réussi : depuis lui, Platner, Heister, Cheselden en ont été les

partisans, et aujourd'hui Scarpa l'adopte exclusivement. Cependant les praticiens les plus respectables l'ont rejeté comme effrayant pour le malade, douloureux, déterminant les accidens inflammatoires les plus graves, laissant souvent un larmoiement continuel et ne guérissant pas toujours. J'avoue que le cautère m'effraie, et que je m'en réfère à l'opinion de Pott et de Hunter, pour remplir toutes les indications. Le but que l'on se propose, en pratiquant une route artificielle, a dû toujours être de déterminer une perte de substance de l'os *unguis* et de la membrane pituitaire. Pott dit [1] : « L'extrême délicatesse de « l'os *unguis* rend le passage de l'instrument « fort aisé; et lorsqu'on a donné à l'ouverture « une assez grande étendue, je suis porté à croire « qu'elle ne se remplit pas par l'os, mais que si elle « vient à se fermer, c'est par la membrane pitui- « taire; par conséquent il est du devoir du chi- « rurgien d'empêcher qu'elle ne se referme en « rendant les bords de la membrane de tous les « côtés calleux. »

Ce praticien, après avoir incisé le sac dans toute son étendue, se servoit d'un troiquart courbe, dont il portoit la pointe obliquement tournée en bas de l'angle de l'œil vers l'intérieur du nez : il reconnoissoit l'ouverture faite, par le

[1] OEuvres chir. tom. I, page 268 et suiv.

sang qui s'écouloit du nez, par l'air qui sortoit de la plaie en se mouchant. Le pansement consistoit ensuite dans l'introduction d'une tente de linge, assez grosse pour fermer l'ouverture, et assez longue pour pénétrer dans le nez. Après avoir laissé cette tente trois ou quatre jours, Pott en introduisoit une seconde qu'il renouveloit chaque jour, jusqu'à ce que l'apparence belle et grenue de l'ulcère fît présumer que les bords de la membrane étoient dans le même état. A cette époque, il ne s'agissoit plus que de réprimer les chairs fongueuses, au moyen de l'acide sulfurique affoibli dont on imbiboit la tente, ou avec le nitrate d'argent fondu, dont on portoit un bout seul à découvert dans la nouvelle ouverture : quelque temps après, une canule de plomb ou un morceau de bougie d'un volume convenable étoient substitués à la tente. Dès lors tout pansement abandonné, l'ulcère pouvoit se refermer autant que le permettoient la bougie ou la canule, dont la longueur devoit être suffisante pour qu'une de leurs extrémités fût de niveau avec la peau dans le grand angle de l'œil, et pour que l'autre passât dans le nez. Ces corps retirés lorsqu'on le juge à propos, l'orifice extérieur doit être recouvert d'un léger emplâtre; tout se guérit sous une pression légère : tel est succinctement le procédé de Pott.

Celui de Hunter consiste à ouvrir le sac lacry-

mal, à introduire dans le nez, jusque derrière l'os *unguis*, une plaque de corne assez épaisse pour former un point d'appui solide : puis, entre les lèvres de la plaie, on porte obliquement en bas, en dedans, un peu derrière l'apophyse montante des os maxillaires un emporte-pièce qui peut avoir le diamètre d'une canule de trois quarts, propre à la ponction de l'abdomen[1]. Hunter se contentoit de presser fortement cet instrument contre la plaque de corne placée dans le nez, et enlevoit tout ce qui étoit intermédiaire, c'est-à-dire, une partie de l'os *unguis* et de la membrane pituitaire; enfin il établissoit une grande perte de substance : le pansement étoit à peu près celui indiqué par Pott.

En 1792, je vis opérer ainsi feu Manoury, alors chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris. Pour faciliter l'application de l'emporte-pièce, ce jeune praticien avoit imaginé une pince courbée à angle droit à son extrémité antérieure; les deux branches, ayant chacune une demi-gouttière, formoient un canal complet lors de leur réunion. Cette pince, placée dans l'ouverture du sac lacrymal, étoit confiée à un aide chargé d'en écarter un peu les branches, afin que l'on pût bien distinguer le point où il falloit poser l'emporte-pièce. Le chi-

[1] Cet instrument est connu, dans les arts, chez les corroyeurs, les peaussiers, les boutonniers, etc.

rurgien-opérateur doit tenir lui-même la plaque de corne et l'emporte-pièce, afin que les mouvemens de pression d'une part, et ceux de résistance de l'autre, soient parfaitement combinés. Le pansement consista de suite dans l'introduction d'une canule : du reste, il n'y eut rien de particulier pendant tout le traitement, qui fut très-heureux [1].

LÉVEILLÉ.

[1] Journ. de Chir. tome IV, pag. 227 et suiv. OEuvres posth. de Desault, tom. II, page 117 et suiv. première édition.

CHAPITRE II.

De l'Orgelet.

L'ORGELET n'est, à proprement parler, qu'un petit furoncle qui pointe sur le bord des paupières, et le plus fréquemment vers le grand angle de l'œil.

Cette petite tumeur est, comme le furoncle, d'un rouge brun, assez enflammée, et beaucoup plus douloureuse qu'elle ne devroit l'être en apparence, eu égard à sa petitesse. Ceci dérive sans doute en partie de la force de l'inflammation qui la produit, en partie de la sensibilité exquise et de la tension de la peau qui recouvre l'ourlet des paupières. Enfin l'orgelet cause la fièvre, des insomnies, chez les personnes délicates et sensibles ; il suppure imparfaitement, avec difficulté ; et lorsqu'il a suppuré, il se montre prêt à s'ouvrir de nouveau.

Cette espèce particulière d'inflammation que l'on pourroit appeler *furonculaire*, diffère, sous les mêmes rapports, de l'inflammation commune, que l'on appelle *flegmoneuse*. La première commence par la peau, gagne le tissu cellulaire par degrés, et frappe pour ainsi dire de

mort une partie plus ou moins grande de celui qui est au-dessous. Dans la seconde, au contraire, le tissu cellulaire est primitivement affecté sans perdre sa vitalité, puis ensuite la peau. L'inflammation *furonculaire* se borne bientôt, et forme une petite tumeur circonscrite, dure, assez douloureuse, qui, bien que saillante sur la peau, ne contient qu'une lymphe coagulable extravasée, attendu que tout est rempli par la cellulaire mortifiée ou désorganisée. Il n'en est pas de même de l'inflammation *flegmoneuse;* elle est disposée à se propager au loin dans le tissu celluleux, entre les mailles duquel elle verse assidument une quantité considérable de lymphe concrescible, qui cause son engorgement. Par la même raison, le furoncle étant tout rempli de substance cellulaire mortifiée et désorganisée, la suppuration ne s'y forme pas, ou du moins ce n'est que d'une manière très-incomplète et jamais dans le centre de cette petite tumeur, mais sur son contour. Dans le phlegmon, la suppuration vraie et complète a précisément lieu dans le centre de la cellulaire enflammée, qui revient spontanément sur elle-même, reprend son action et son état naturel, lorsque le pus est une fois évacué. Dans la seconde période du furoncle, au contraire, la peau qui le recouvre s'ulcère, s'ouvre dans un

ou plusieurs points qui donnent issue à une goutte de sérosité ; enfin il sort un corps étranger, qui est le morceau de tissu cellulaire mortifié qui formoit le corps et la base de la petite tumeur: après quoi, il y reste un vide qui se ferme et se cicatrise en peu de temps. Tous ces phénomènes propres et particuliers de l'inflammation *furonculaire* sont communs à l'orgelet, dont la nature ne diffère point par la suite de celle du furoncle.

C'est pourquoi l'orgelet, de même que le furoncle, lorsque le tissu cellulaire subjacent est affecté, forme une exception à la règle générale, qui veut que la résolution soit la meilleure terminaison dans les inflammations. En effet, toutes les fois que l'inflammation *furonculaire* sera profonde au point de désorganiser une partie du tissu cellulaire, la résolution de la tumeur ne peut s'effectuer en aucune manière, ou tout au plus très-imparfaitement : dans ce cas, il y a plutôt des risques à courir, parce qu'il reste toujours une portion plus ou moins grande de tissu privé de la vie, et qui tôt ou tard renouvelle l'orgelet dans le même endroit qu'auparavant, où il dégénère en un corps dur et indolent qui déforme le bord de la paupière.

La résolution de l'orgelet commençant ne peut s'effectuer que dans ce cas, où l'inflammation

n'intéresse que la peau, et non le tissu cellulaire, comme il arrive dans le principe de la maladie. Alors les répercussifs conviennent par-dessus tout : le froid porté à plusieurs reprises sur le point du bord de la paupière qui commence à rougir. On applique le froid avec un morceau de métal convenable, comme seroit le bout d'une clef, une monnoie ou autre corps semblable; mais la glace vaut mieux. Une portion de tissu cellulaire subjacent est-elle désorganisée? tout topique répercussif est absolument inutile, et même dangereux. Le malade doit recourir alors aux émolliens et aux anodins.

Dans le second temps de la maladie, la paupière et l'orgelet doivent être recouverts d'un cataplasme tiède fait avec la mie de pain bouillie, du lait nouvellement trait, un peu de safran ou de pulpe de pomme cuite. On a soin de renouveler cet appareil de deux en deux heures, et plus souvent s'il fait froid.

Dès que le chirurgien verra un point blanc sur la partie la plus élevée de l'orgelet, il ne se pressera pas de le piquer pour évacuer cette petite quantité de *serum* purulent qui se trouve entre la peau et la portion de tissu cellulaire, affecté et désorganisé, qui est dessous. Il attendra que la peau s'amollisse davantage autour de ce point blanc, qu'elle se crève et s'ouvre suffisam-

ment d'elle-même, pour permettre l'issue facile, non-seulement de ce pus séreux, mais encore de toute la portion de tissu corrompu qui formoit la partie principale de la tumeur. Si cette portion tarde trop à sortir, le chirurgien n'aura qu'à presser doucement la paupière vers la base de la tumeur, l'exprimer fortement en dehors, et ensuite disparoîtront tous les symptômes de la maladie. Vingt-quatre heures suffiront pour que le vide laissé par le tissu cellulaire putréfié soit effacé et cicatricé.

Quelquefois, et c'est bien rare, ce procédé opératoire de la nature, tendant à séparer des parties saines, ce lambeau mortifié du tissu cellulaire ne se fait qu'incomplétement. Quelquefois il reste encore dans le fond de cette fossette un flocon de tissu cellulaire jaunâtre, désorganisé, qui y reste comme enraciné, et empêche la guérison complète de ce tubercule. Dans ces cas où l'application du cataplasme est peu avantageuse, le chirurgien en touchera une ou plusieurs fois la base avec un pinceau trempé dans l'acide sulfurique, afin que ce reste celluleux s'exfolie et se détache promptement : après quoi, la petite cavité restante s'effacera bientôt. Si, après la guérison de l'orgelet, la paupière reste gonflée, on y remédiera en peu de temps, en faisant des lotions avec l'eau végé-

to-minérale animée d'un peu d'esprit-de-vin.

Plusieurs personnes sont fréquemment incommodées de cette maladie. Des saburres dans les premières voies la produisent souvent, comme on le voit chez ceux qui se nourrissent de substances âcres, irritantes, et qui abusent des liqueurs fortes. Les malades n'auront qu'à observer un meilleur régime de vivre ; ils feront usage, de temps en temps, d'une décoction de racine de *gramen*, ou de petit lait dépuré, à prendre à doses réfractées, après y avoir fait dissoudre un grain de tartrite de potasse antimonié ; et cette précaution sera principalement indiquée quand il se manifestera des signes de crudités dans l'estomac. Puis, pour remède local et comme préservatif, on injectera dans les yeux quelques gouttes du collyre vitriolique, dont on baignera les paupières une fois le jour.

CHAPITRE III.

Des Tumeurs cystiques des paupières.

Les paupières sont fréquemment le siége de tumeurs cystiques : il est des auteurs qui prétendent qu'elles se rencontrent plus souvent dans le tissu des paupières que dans toute autre partie du corps, parce qu'il s'y trouve plus abondamment qu'ailleurs des glandules sébacées semblables à celles de Meïbomius, dont l'accroissement contre nature doit être regardé, selon l'opinion de quelques-uns, comme l'origine de ces tumeurs folliculaires.

J'abandonne volontiers une telle discussion ; elle n'est nullement utile pour la pratique : je me borne seulement à observer que les glandules de Meïbomius occupent le bord des paupières, tandis que cette partie n'est pas plus que toute autre dépourvue de ces glandules, le point où se développent ces tumeurs cystiques. D'ailleurs il est démontré que ces corps glanduleux et les vésicules du tissu cellulaire peuvent être également affectés de ces mêmes maladies.

Dans leur principe, ces tumeurs cystiques des paupières ne sont pas plus grosses qu'un grain

de millet ou de lentille, et en peu de temps elles acquièrent le volume d'une fève ou d'une noisette. Elles ne sont ordinairement accompagnées d'aucune douleur; mais elles tourmentent seulement lorsque, devenues plus grosses, elles empêchent le libre mouvement des paupières, les tiennent abaissées en partie, ou compriment le globe de l'œil.

Quant au siége de ces tumeurs, il m'est démontré, par des observations nombreuses, qu'elles sont, dès leur principe, le plus souvent moins recouvertes par la membrane interne des paupières, que par les tégumens et par les fibres du muscle orbiculaire. Leurs corps et leurs bases sont si superficiels vers cette membrane interne, qu'en la renversant, ces tumeurs paroissent pour ainsi dire à nu, et que l'on observe la transparence de leur follicule jaunâtre à travers le prolongement de la conjonctive qui les recouvre.

Toutes mes tentatives pour obtenir la résolution de ces tumeurs cystiques, lors de leur apparition, soit en usant du remède recommandé par Morgagni [1], et qui consiste dans l'eau régale ou l'eau de fleurs de sureau, avec une médiocre dose d'ammoniac, au point de n'exciter aucune ardeur, aucune irritation à la peau des paupières; soit en recourant aux topiques gommeux résolu-

[1] Epist. anat. XIII, 2.

tifs et aux frictions mercurielles locales, me démontre son inutilité, et me prouvent de plus en plus que le seul moyen curatif vraiment efficace dans cette maladie, surtout quand elle existe depuis quelques mois, est son extirpation au moyen de l'incision.

Ces tubercules folliculaires étant fréquemment plus superficiels en dedans qu'en dehors des paupières, l'observation et l'expérience m'autorisent à penser que, dans le plus grand nombre des cas, la meilleure méthode de les extirper est de procéder par le dedans des paupières, quoique le contraire ait été avancé tout nouvellement par des hommes dont la réputation en chirurgie est aussi imposante que bien méritée. En effet, en procédant entre le globe de l'œil et la paupière, l'incision nécessaire est entièrement superficielle; il est facile de séparer le follicule des parties environnantes, et le traitement consécutif est de peu d'importance. Après l'opération, les tégumens des paupières ne présentent pas le moindre vestige de la maladie précédente, ni de l'opération qu'elle a nécessitée.

La seule exception remarquable à faire sur cette méthode curative, est celle-ci : la tumeur cystique pourroit être située sur l'une ou l'autre paupière, qui ne pourroit être renversée autant qu'il le faut, pour mettre à découvert la base en-

tière de la tumeur et l'exciser dans toute son étendue. C'est ce qui arrive lorsque la tumeur est placée tout-à-coup après la commissure externe, ou derrière l'interne, en sorte qu'elle s'étend sous l'arcade orbitaire, comme je l'ai quelquefois observé.

A cette occasion, je rapporterai l'histoire mémorable d'une tumeur cystique qu'ont traitée les chirurgiens Bromfield et Ingram. Elle étoit située profondément dans l'orbite : après avoir causé pendant quelques années au malade des douleurs dans le fond de cette cavité, diminution et privation totale de la vue, elle parvint enfin à pousser le globe tout-à-fait en dehors, en renversant la paupière inférieure. Les chirurgiens que je viens de nommer touchèrent avec le doigt le contour du globe ainsi poussé en avant, sentirent en dehors et en bas une fluctuation qu'ils jugèrent produite par une humeur contenue dans un kiste : ils décidèrent de l'ouvrir. Bromfield ordonna alors d'élever en haut, autant que possible, la paupière inférieure, et de la tenir bien ferme dans cette position : après quoi, à l'aide d'un bistouri, ils pénétrèrent dans les tégumens, le long du bord inférieur de l'orbite, jusqu'au-delà de la conjonctive; ils incisèrent assez amplement pour qu'il leur fût permis de porter le doigt au-delà du globe de l'œil, et pré-

cisément jusqu'au siége du kiste. L'opérateur se guidoit sur son doigt : la poche fut ouverte; il en sortit une liqueur limpide, capable par sa quantité de remplir un verre médiocre de vin. Après un instant de repos, Bromfield retira à lui, moyennant deux petites érignes, le kiste qu'il excisa; puis la plaie fut remplie de charpie molle. Dans les vingt-quatre heures, il y eut un gonflement énorme de la tête et du cou. L'usage des remèdes internes anti-phlogistiques, les topiques émolliens locaux calmèrent ces accidens. Peu à peu la paupière inférieure reprit sa position naturelle, et le globe de l'œil rentra dans l'orbite. Bromfield ajoute que, cinq mois après, ayant eu occasion de revoir le même sujet, il le trouva distinguant de l'œil qui avoit été si gravement affecté, la lumière éclatante d'avec les ténèbres ou l'obscurité. (*Medical Observat. and Inquiries*, *V.* IV, p. 75.)

L'histoire d'une observation semblable se lit dans le *Traité des Maladies des yeux*, par *St-Yves*, chap. XXI. Elle a pour titre : *Opération d'une tumeur singulière dans l'orbite.*

Mais ces tumeurs cystiques sont moins à regarder comme ayant leur siége dans les paupières elle-mêmes, que dans les parties qui les avoisinent : et bien encore que l'on voulût les classer parmi les premières, ces cas particuliers ne di-

minuent point la juste application et l'utilité de la méthode curative que je viens d'établir.

En supposant donc que la tumeur cystique occupe la paupière supérieure, on fait asseoir le malade, dont on tient la tête fermement appuyée. Un aide intelligent, situé derrière ou latéralement, renversera la paupière supérieure, de manière à poser le bout du doigt indicateur d'une main sur la tumeur, et avec l'indicateur de l'autre, enveloppé d'un linge fin, fixera le bord renversé de la paupière, pour que le follicule fasse la plus grande saillie au-dessous de la membrane interne des paupières. Le chirurgien, debout au devant du malade, tiendra, d'une main légère, une lancette ou un petit bistouri à tranchant convexe;[1] il fendra la membrane interne et mince des paupières dans la direction de l'ourlet sur le follicule, et dans une étendue suffisante pour que la tumeur sorte avec facilité, et fasse saillie au-delà de la conjonctive. Ce corps sera ensuite saisi avec des pincettes,[2] ou avec une érigne; soulevé, disséqué complétement des parties voisines, dont on détruira toutes les connexions avec le même bistouri, ou avec un coup de ciseau à cuiller.[3] L'opération faite, la paupière supérieure, après

[1] Planche III, fig. XII.
[2] Planche III, fig. VIII.
[3] Planche III, fig. IV.

avoir repris sa position, sera recouverte d'un plumaceau imbibé d'eau végéto-minérale, et soutenu par le bandage *monoculus*.

La paupière inférieure est-elle le siége de cette maladie? l'aide se placera au-devant du malade; le chirurgien sera derrière ou de côté, selon sa plus grande commodité, et procèdera à l'opération, de la même manière que je viens d'exposer. Opère-t-on sur des enfans? Que ce soit à la paupière supérieure ou à l'inférieure, il n'y a point de position plus favorable que celle de les coucher sur une table d'une hauteur convenable, de leur soulever la tête avec un oreiller, et de leur faire fixer les pieds et les mains par des assistans instruits.

Si le chirurgien est privé d'un aide intelligent il opèrera de la manière suivante : il renversera lui-même, sur la pointe de l'index de sa main gauche, la paupière sur laquelle il doit opérer, et fixera l'extrémité du pouce de cette même main sur le bord renversé de cette paupière, afin de bien s'en assurer, et de procurer en même temps le plus de saillie possible à la base ou à la racine du follicule sur la conjonctive; puis de sa main droite, armée d'une lancette ou d'un petit bistouri à tranchant convexe, il incisera légèrement, sur la tumeur, la membrane interne de la paupière, d'un angle à l'autre de l'œil; en-

suite, avee la pointe de la lancette ou du bistouri insinué obliquement entre le follicule et eette membrane interne, il détruira toutes les adhérences environnantes de la petite tumeur. Cela fait, avec le bout du doigt indieateur de sa main gauche, déjà plaeé, dès le principe, derrière la tumeur, il pressera ce tubercule jusqu'à ce que le kyste sorte complétement à travers l'incision faite à la membrane qui le reeouvre, et s'élève au dessus d'elle dans la plus grande partie de son étendue. Alors il quitte le bistouri; puis avec des ciseaux en forme de cuiller il comprendra la base du follicule, et d'un coup il le détaehera entièrement du reste de ses adhérences : aussitôt la paupière supérieure sera remise en position.

Avee cette méthode d'extirper les tumeurs cystiques des paupières, il n'est point nécessaire d'être serupuleux sur la séparation des parties les plus minutieuses du kyste, lorsqu'on l'ouvre ou qu'il se crève pendant l'opération. En effet, la plus grande partie du follieule est-elle enlevée? la paupière a-t-elle repris sa position ordinaire? les larmes (en ne parlant sur-tout que de la paupière inférieure remplissent) le vide laissé par la tumeur, et empêchent que les bords de l'incision ne s'unissent par première intention. C'est pourquoi, lorsque la suppuration de cette petite

plaie s'établit, on obtient, sans qu'il soit besoin d'employer aucun autre moyen, que les petites parcelles du follicule laissées par hasard en arrière et encore inhérentes au fond de l'ulcère soient successivement fondues et expulsées avec la matière de la suppuration. En un mot, si ce procédé opératoire de la nature sembloit trop lent; ou si les tégumens tardoient trop à s'affaisser, à se resserrer, à cause de leur trop forte distension pendant la maladie, on hâtera la guérison en renversant la paupière, et en touchant avec le nitrate d'argent le fond de la cavité laissée par le follicule, ayant soin de laver l'œil avec du lait récemment trait. Le plus souvent cependant un tel expédient n'est pas nécessaire, parce qu'ordinairement, le quatrième jour après l'opération, on ne voit plus en dehors le moindre vestige de tumeur; et en renversant la paupière opérée, on trouve le lieu de l'incision recouvert d'une suppuration muqueuse; le fond de la petite cavité assez rapproché de la surface interne des paupières, entièrement fermé et cicatricé le huitième jour.

Je trouve très-étrange que quelques-uns des auteurs en chirurgie les plus renommés se montrent de nos jours si contraires à cette méthode d'extirper les tumeurs cystiques des paupières, lorsqu'eux-mêmes enseignent que de semblables

tumeurs situées sur la joue doivent être excisées et extirpées par le dedans de la bouche, tant pour éviter de blesser extérieurement le conduit salivaire de *Stenon*, que parce que, selon leurs observations, ces tumeurs guérissent plus tôt quand on opère par la bouche, que quand on les emporte en dehors. Le même avantage de prompte guérison s'obtient précisément lorsque l'on incise la membrane interne des paupières, pour enlever ces tumeurs cystiques qui les affectent. La pratique autorise fortement ce procédé, dont l'exécution facile n'est pas moins recommandable.

Avant de finir ce Chapitre, j'ajouterai quelques mots relatifs à une espèce particulière de tumeurs cystiques des paupières, qui, sous quelques rapports, diffèrent notablement de celles dont j'ai parlé jusqu'alors, et qui se rencontrent assez souvent dans la pratique. Il s'agit d'un tubercule dur qui ne cause pas de douleurs, dont la grosseur est ordinairement plus que celle d'un grain de millet : il s'élève précisément sur quelque point du bord des paupières, entre les cils; il a une couleur blanchâtre semblable à celle du blanc d'œuf cuit. Ce petit tubercule, lorsque son origine est un peu ancienne, contient dans son intérieur une substance tout-à-fait semblable à celle du blanc d'œuf cuit, couverte seulement

d'une pellicule très-mince, transparente, très-étroitement unie avec la matière dense contenue dans le tubercule. M. AUREL SEVERIN [1] est de tous, celui qui nous a donné la description la mieux soignée de cette maladie. Il dit : *Tuberculi cujusdam exigui in clivo palpebræ ciliari nascentis, et se cum pilis obliquè proferentis; quod magnitudine duritieque milii sementulam refert; si tantummodò flavum hujus colorem in exquisitum alborem intelligas mutatum. Corticulam duriorem ac fermè corneolam huic tuberculo adverti; usque adeò ut medicamentis acerrimis, id est liquidis causticis tentatum, nullam vel tactûs, vel coloris mutationem senserit. Continet molleculam chartæ bombicinæ madidæ similem portiunculam.*

Eu égard au siége de cette tumeur, précisément sur le bord des paupières; à sa petitesse, à l'extrême ténuité de la peau qui la recouvre, à la consistance de la matière qu'elle contient, il convient de l'exciser à la face externe des paupières : ce qui s'exécute facilement en en saisissant exactement la base avec des ciseaux à cuiller, ou en pénétrant dans sa racine avec la pointe d'une lancette, de manière qu'on enlève ce tubercule dans son entier, en rasant le bord de la paupière. Le

[1] De novis. observ. absess. §. *De miliolo exterioris palpebræ tuberculo.*

sang essuyé, la plaie mise à sec, est recouverte d'un morceau de taffetas d'Angleterre. Le lendemain on touche avec le nitrate d'argent cette petite plaie, dont on abandonne à la nature le reste du traitement. A la chute de l'escarre, la cicatrice est formée.

X^e OBSERVATION.

Une petite fille de cinq ans, de Pavie, portoit, depuis un an et demi, sur la paupière supérieure droite, une petite tumeur cystique de la grosseur d'un petit pois.

Pour en faire l'extirpation, je couchai cette enfant sur une table suffisamment élevée. Sa tête appuyoit sur un oreiller; deux aides lui tenoient fermes les bras et les jambes.

J'ordonnai à l'aide situé derrière la tête de la petite fille de renverser la paupière supérieure droite, en plaçant le bout du doigt indicateur de sa main gauche contre les tégumens et la petite tumeur : un doigt de sa main droite fut enveloppé d'un linge très-fin, et fixé sur le bord renversé de cette même paupière.

Je me plaçai sur le côté de la malade, puis, d'une main suspendue et sans appui, j'incisai longitudinalement la membrane interne de la paupière dans le lieu où elle recouvroit la base de la tumeur que sa couleur jaunâtre rendoit très-dis-

tincte : il sortit aussitôt de cette fente, longue un peu plus de trois lignes, presque tout le feuillet précédemment recouvert ; je le saisis avec des pinces ; je le détachai de tous côtés avec la plus grande exactitude. La paupière supérieure fut ensuite remise à sa position naturelle, pour la recouvrir d'un plumaceau imbibé d'eau végéto-minérale et d'un bandage contentif.

L'enfant avoit été agitée ; elle s'appaisa, et dormit presqu'aussitôt après. Dans les trois jours suivans, la paupière supérieure se gonfla et s'enflamma un peu. Je la fis recouvrir d'un sachet rempli d'herbes émollientes bouillies dans le lait, et l'enfant fut toujours levée comme à son ordinaire et de bonne humeur. Le septième jour, la paupière supérieure droite n'étoit pas plus volumineuse que dans l'état naturel, et, en la renversant doucement, je trouvai la petite plaie tout-à-fait fermée et effacée ; l'extérieur ne présentoit pas le moindre vestige de la maladie.

XI^e OBSERVATION.

M. Louis Gozzani, novarais, étudiant en médecine dans cette université, curieux de se débarrasser d'une incommodité et d'une difformité que lui occasionnoit une tumeur cystique presque de la grosseur d'une féve, qui occupoit la paupière supérieure gauche, se soumit à l'opération en pré-

sence de plusieurs de ses condisciples en médecine et en chirurgie.

Le jeune homme assis, je renversai la paupière supérieure sur le bout du doigt indicateur de ma main gauche, et je la fixai en appuyant le pouce de la même main sur le bord renversé de cette même paupière. Avec ma droite armée d'une lancette, je fis une incision sur la membrane interne de cette partie, dans toute l'étendue qui recouvroit la base ou la racine de la tumeur folliculaire jaunâtre; et ayant fait tourner la pointe de la lancette entre le follicule et la conjonctive, j'isolai entièrement la tumeur; enfin, avec le bout du doigt indicateur de ma main gauche je comprimai fortement le tubercule, que je fis pointer presqu'en entier au dehors, à travers la fente pratiquée à la membrane interne de la paupière; je la saisis ensuite entre les lames des ciseaux à cuiller; je la détachai d'un seul coup, et j'abandonnai la paupière.

Le malade dit que la douleur produite par l'incision avoit été foible, et à peu près la même que celle faite par une saignée. Dans les deux jours suivans, la paupière opérée, sur laquelle on avoit appliqué des sachets d'herbes émollientes, s'enflamma et s'engorgea légèrement. Le cinquième jour, le sujet dont je parle se trouva tout-à-fait guéri, sans qu'on pût distinguer laquelle des deux paupières supérieures avoit été occupée par

la tumeur cystique ; et, le septième jour, ce jeune homme fréquenta les écoles, comme il le faisoit auparavant.

XII^{e} OBSERVATION.

Une pauvre femme âgée de quarante ans se présenta à l'école-pratique pour me consulter sur une tumeur cystique de la grosseur du bout du doigt. Elle la portoit depuis plusieurs années sur la paupière supérieure gauche, vers l'angle externe ; et depuis quelques semaines elle éprouvoit un sentiment de pesanteur qui lui empêchoit d'ouvrir suffisamment l'œil. Sur ma proposition, cette femme se fit opérer; mais pour quelques motifs particuliers elle refusa de rester à l'hôpital pendant le traitement consécutif, se proposant d'exécuter ailleurs ce que je lui ordonnerois.

Je la fis asseoir : avec le pouce et le doigt indicateur de ma main gauche, je renversai la paupière supérieure gauche, en tenant ferme le bout de mon indicateur gauche contre la tumeur, afin de la faire prononcer le plus possible vers la membrane conjonctive. Puis avec ma main droite munie d'un couteau à tranchant convexe, je taillai légèrement cette membrane sur la base de la tumeur, et à travers l'incision le follicule sortit aussitôt au dehors. Je le détachai des parties

voisines, en faisant tourner la pointe du bistouri insinuée obliquement entre le follicule et la membrane interne de la paupière. Puis, avec les lames des ciseaux à cuiller, j'embrassai la tumeur le plus près possible de la substance de la paupière, et je l'excisai d'un seul coup. Cela fait, la paupière fut remise à sa place, et recouverte d'un plumaceau de charpie sèche maintenue au moyen d'une bande. La malade s'en retourna à sa maison.

J'attendis inutilement pendant une semaine, espérant que la malade me donneroit de ses nouvelles; je la revis enfin parfaitement guérie. Interrogée sur les incommodités qu'elle avoit éprouvées après l'opération, elle me répondit : « Aucune, à l'exception d'un peu d'enflure et d'in-« flammation des paupières pendant les trois pre-« miers jours »; sans qu'elle eût été pour cela privée de vaquer à ses affaires domestiques.

XIII^e OBSERVATION.

Un jour que j'incisois la membrane interne des paupières, afin d'extirper une tumeur cystique un peu plus grosse qu'un petit pois, et située dans la paupière inférieure d'un enfant de dix ans, j'ouvris en même temps le follicule. Tout ce qui étoit contenu sortit aussitôt : c'étoit un peu de substance laiteuse concrète. Je saisis ce

follicule çà et là avec des pinces : j'avois détruit auparavant toutes ses adhérences avec les parties voisines; mais il m'échappoit: je ne pouvois le détacher avec toute l'exactitude nécessaire, ni l'exciser avec les ciseaux à cuiller près la substance de la paupière, de manière qu'il n'en restât pas de petites parcelles inhérentes au fond, et sur les côtés du vide qui s'étoit formé. Néanmoins j'abandonnai la paupière, après avoir enlevé aussi avec les ciseaux une portion des bords de l'incision faite dans la membrane conjonctive.

Dans les deux premiers jours, cette paupière se gonfla et s'enflamma un peu, selon l'usage : à la fin du quatrième jour, je renversai doucement la paupière; je trouvai que le fond de la petite plaie étoit enduit d'un pus glutineux. Le septième jour, la petite cavité étoit toute superficielle, froncée et très-prête à se cicatriser entièrement. Le neuvième jour, la guérison fut parfaite, sans qu'il parût au dehors la moindre élevation ou difformité. Je pourrois rapporter ici un grand nombre de cas semblables.

XIV^e OBSERVATION.

Un garçon cordonnier portoit, depuis plusieurs années, une tumeur cystique située presque dans le milieu de la paupière inférieure droite. Son volume s'acerut au point d'égaler celui

d'une noix muscade. La paupière commençoit en outre à se renverser et à produire le larmoiement.

Je l'enlevai par la face interne de la paupière, de la manière que j'ai déjà exposé plus haut : mais comme la tumeur étoit remplie d'une substance laiteuse, moitié concrète, moitié fluide; de plus, dans la première incision, le follicule ayant été ouvert, toute la matière contenue s'écoula aussitôt, et je ne pus détacher le follicule des parties voisines, avec toute cette exactitude que j'aurois désiré. Néanmoins j'enlevai tout ce que je pus du kyste, et j'abandonnai la paupière, espérant que la nature, aidée de la suppuration, acheveroit le traitement. En effet, dans les deux jours suivans, la paupière se gonfla et s'enflamma; je la recouvris d'un cataplasme de mie de pain et de lait. Le cinquième jour, il parut une suppuration muqueuse; puis le fond de cette cavité commença à rougir, à se resserrer et à se rapprocher de la surface interne de la paupière. Quelques autres jours après, l'ulcère devint stationnaire; il restoit encore en dehors un peu d'élevation sur la paupière inférieure, dans le lieu précédemment occupé par la tumeur. Je renversai cette paupière; puis, dans l'intérieur du vide, je portai le nitrate d'argent qui n'occasionna qu'une ardeur passagère dans

l'œil du malade, puisque j'eus la précaution de l'adoucir aussitôt après, en faisant tomber entre cet organe et les paupières quelques gouttes de lait, et de continuer ainsi pendant une demi-heure. Le lendemain, la paupière se gonfla de nouveau, s'enflamma; une suppuration muqueuse reparut plus abondante qu'auparavant. Huit autres jours après, le vide, laissé par la tumeur cystique se resserra lui-même, disparut entièrement en dehors et en dedans; enfin, le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri, sans le moindre indice de la tumeur qui le déformoit avant l'opération.

CHAPITRE IV.

Des Cils qui irritent l'œil.

Cette maladie, qui se nomme *trichiase*, se présente sous deux formes distinctes : la première indique la direction des cils en dedans, le tarse conservant sa position et sa direction naturelles; la seconde consiste dans une inclinaison vicieuse du tarse, et conséquemment des cils contre le globe de l'œil.

La première espèce est assez rare, je ne l'ai encore observée qu'une fois; mais quelques poils seulement avoient changé de direction. La seconde forme de trichiase, qui consiste dans la plicature vicieuse en dedans du tarse et des cils en même temps, se rencontre communément dans la pratique. Cette affection est, ou complète, et intéresse toute la longueur du tarse; ou incomplète, et ne s'étend que dans un certain espace de l'ourlet, le plus souvent proche l'angle externe de l'œil. Une paupière seule du même organe est affectée, ou bien toutes les deux : les deux yeux peuvent encore être à la fois complétement tourmentés de cette maladie.

A ces deux espèces de *trichiase*, les écrivains

en chirurgie joignent la *distichiase* comme une troisième. Ils la supposent formée, contre l'ordinaire, d'un double rang de poils; mais elle n'existe réellement pas, et ce qui a suscité cette subdivision, est sans doute le peu de réflexions que l'on a faites sur ce qu'ont déjà dit depuis long-temps *Winslow* [1] et *Albinus* [2] sur la disposition naturelle des cils; c'est-à-dire que leurs racines, quoiqu'en apparence disposées sur une seule ligne, en forment néanmoins deux ou trois et même quatre dans la paupière supérieure. Leur situation est irrégulière et, comme on dit, confuse. Chaque fois, cependant, qu'à raison d'une maladie, quelques poils s'écartent en sens contraire les uns des autres, et s'éparpillent, il semble qu'il s'est formé une nouvelle rangée de cils, lorsqu'il n'y a véritablement aucun changement quant au nombre, à l'origine et à l'implantation naturelle. [3]

Il est difficile de déterminer avec précision quelles sont les causes de la déviation d'un petit nombre de poils de la paupière, lors même que le tarse conserve sa position. On les rap-

[1] Exposition anatomique, Traité de la tête, §. 278.

[2] Acad. annotat. lib. III, cap. VII.

[3] Maître-Jan a depuis long-temps fait cette même observation, comme on peut le voir dans son *Traité des maladies de l'œil*, p. 494. (Léveillé.)

porte généralement aux cicatrices qui se forment sur le tarse affecté primitivement de petits ulcères, qui font tomber les cils, et empêchent ceux qui croissent naturellement de reprendre leur juste direction; mais il convient de dire que cette cause n'est pas la seule, puisque, dans le malade que j'ai observé, deux ou trois poils s'étoient roulés contre le globe de l'œil, quoiqu'il n'y eût eu nulle part ni ulcération, ni cicatrice sur le tarse.

Pour moi, j'incline à croire que ces petits ulcères et ces cicatrices qui se forment sur le bord interne du tarse, plutôt que de produire la première espèce de *trichiase*, occasionnent la seconde, qui est le roulement en dedans de l'ourlet, et conséquemment des cils contre le globe de l'œil. Ces petits ulcères sont de nature rongeante : lorsqu'on les néglige, ils consument une partie de la substance de la membrano interne des paupières proche le tarse; il en résulte peu à peu des cicatrices et des resserremens qui entraînent et roulent en dedans le tarse et les poils qui lui sont implantés : et comme les ulcères dont il est question n'occupent pas toujours toute l'étendue du bord interne de l'ourlet, mais se limitent à quelques lignes de son milieu, ou bien dans son extrémité proche l'angle externe des paupières; de même après leur cica-

trisation, tous les poils ne se roulent pas toujours en dedans, mais seulement un certain nombre de ceux qui correspondent à l'étendue des petits ulcères qui résidoient primitivement le long du bord interne du tarse. En effet, dans tous les cas de trichiase imparfaite produite par des cicatrices de l'intérieur de l'ourlet, on trouve, pour peu qu'on y fasse attention, que le tarse et les poils conservent par-tout leur position naturelle, excepté contre l'endroit où existoient primitivement les ulcères du bord interne de la paupière, qui, renversée, permet de voir, proche le bord correspondant au siége de la *trichiase*, sa membrane interne pâle, rugueuse, calleuse; et que de sa crispation dérivent évidemment le raccornissement en dedans de son bord cartilagineux; et l'inclinaison vicieuse des poils contre la bulbe de l'œil.

Outre ces causes, il en est encore d'autres capables de produire un effet semblable et aussi mauvais. 1°. L'ophthalmie chronique de vieille date, telles la scrofuleuse et la varioleuse qui s'aggravent avec le temps, retient les tégumens des paupières dans un état de distension et d'œdématie continuelle, avec complication de leur relâchement, qui les empêche de fournir un point d'appui convenable et stable au bord cartilagineux des paupières : alors le tarse se dirige

vers

vers le globe de l'œil, se roule en dedans, et les cils prennent la même direction. 2°. Indépendamment du relâchement des tégumens, l'amollissement morbifique du cartilage tarse produit souvent un aussi mauvais effet. On en trouve la cause dans l'écoulement abondant, puriforme et continuel des glandes de Meïbomius. Dans ce cas, le cartilage tarse devient en tout ou en partie incapable de se soutenir élevé, et de conserver la courbe nécessaire pour s'appuyer exactement sur le tarse de l'autre paupière ; enfin la totalité ou une partie de ce même cartilage se relâche, se replie en dedans, et entraîne avec elle contre le globe de l'œil les poils qui lui correspondent.

Il n'est pas rare de trouver ces causes combinées ensemble, et souvent encore jointes à la cicatrice de la membrane qui revêt le bord intérieur du tarse. Quelqu'un prétend [1] que la *trichiase* provient quelquefois d'une contraction spasmodique du muscle orbiculaire des paupières ; mais je confesse n'avoir jamais rien observé de semblable ; et j'ai peine à croire que le spasme du muscle orbiculaire des paupières, quelque fort qu'il soit, puisse jamais faire replier en dedans le tarse et les cils : bien qu'il pro-

[1] Bell, System of Surgery. T. III, pag. 276.

duise cet effet, que ce spasme puisse être une cause permanente de la *trichiase*.

Sans être versé dans la chirurgie, chacun peut promptement calculer quelles sont les grandes incommodités que doivent occasionner les poils qui appuient toujours sur la cornée et sur le blanc de l'œil. Pour aggraver encore plus le mal, il arrive souvent que les poils recourbés en dedans grossissent et s'allongent davantage que ceux qui sont restés au dehors : quand un seul œil est ainsi malade, l'autre qui est sain, s'en ressent ordinairement par *consensualité*. Celui-ci n'ose, pour ainsi dire, se mouvoir pour ne pas accroître la fatigue de l'autre, irrité et froissé par les poils déviés. On peut dire, en général, que les personnes affectées de cette maladie ont les deux yeux irritables, et hors d'état de pouvoir supporter la lumière. Dans les cas de *trichiase* incomplète, ceux qui en sont tourmentés conservent encore la faculté d'ouvrir les paupières pour voir un peu, et le plus souvent c'est vers la partie de l'angle interne de l'œil : pour cela, ils inclinent d'une manière désagréable la tête et le cou. Cette circonstance produit à la longue dans les enfans des courbures vicieuses du cou, des épaules, dont on ne les corrige que difficilement, lors même de la guérison de la trichiase. En outre, les enfans ne peuvent endurer le stimulus

que produisent les cils recourbés en dedans. Continuellement ils frottent les paupières, et accroissent ainsi beaucoup les funestes conséquences de la *trichiase*, telles que l'*ophthalmie variqueuse*, l'*obscurcissement nébuleux*, et l'*ulcération de la cornée*.

Le traitement de la seconde espèce de trichiase, qui se rencontre communément dans la pratique et qui consiste dans une inclinaison vicieuse du tarse, et par conséquent des cils contre le globe de l'œil, s'effectue en retournant artificiellement le tarse, en le reconduisant d'une manière stable dans sa position et dans sa direction naturelles avec les cils qui touchoient et piquoient le globe de l'œil. Ce traitement est indiqué dans le cas où la maladie est l'effet des cicatrices et du froncement de la membrane interne de la paupière proche le tarse, par suite de petits ulcères rongeans situés autrefois sur le bord interne de l'ourlet; ou lorsque cette incommodité est produite par le relâchement des tégumens des paupières, ou par l'amollissement du cartilage tarse, et plus encore par la réunion de ces deux causes. On satisfait pleinement à cette indication, en excisant une portion donnée de la peau, dans la proximité de l'ourlet. Il faut que cette excision soit assez large et assez étendue pour qu'après la cicatrice le tarse et l'ourlet se trouvent suffisam-

ment retournés en dehors et détachés du bulbe de l'œil : il faut que ces parties trouvent dans la cicatrice des tégumens un point d'appui si solide qu'elles puissent y être retenues en position et dans leur direction naturelle. D'après tant de tentatives inutiles, il n'en est plus, je pense, parmi les chirurgiens modernes qui, pour obtenir la cure radicale de cette maladie, conservent quelque espérance de bon succès dans le seul arrangement des poils mal disposés, non plus que dans leur renversement en dehors, où ils sont retenus par des emplâtres agglutinatifs. Aucun n'est tenté de les arracher et de toucher leur racine avec les caustiques, avec le fer rouge : moins encore de couper l'ourlet avec les poils, ou d'inciser le muscle orbiculaire par l'intérieur de la paupière, dans l'hypothèse que cette incommodité fût quelquefois le produit du spasme de ce même muscle. Tous ces moyens, enfans de la théorie, sont exclus par la pratique, en partie comme insuffisans, en partie comme dangereux, et faits plutôt pour exaspérer le mal que pour l'extirper radicalement ; ou bien propres à occasionner des vices des paupières non moins graves que la *trichiase*. [1]

Le moyen le plus efficace qu'emploie la chirurgie pour la guérison complète de cette ma-

[1] Je suis certain que le fer rouge n'a jamais été appli-

ladie, y compris celui que vante *Kholer* [1], déjà connu, même du temps de *Rhasès*, consiste, comme je l'ai déjà dit plus haut, dans la rescision d'une portion des tégumens de la paupière affectée de trichiasis, proche le tarse. Cette opération, réduite à la simplicité que j'exposerai, exclut non-seulement l'appareil des instrumens autrefois usités, mais la suture vraie. Elle est de facile exécution pour le chirurgien, peu incommode pour le malade: un succès aussi heureux que prompt la suit constamment.

Le malade est assis, si c'est un adulte; il est étendu sur une table d'une hauteur convenable, si c'est un petit enfant. Toujours un aide placé derrière, relève la tête en la tenant ferme. Le chirurgien fait ensuite sortir, à l'aide d'un stylet, les poils qui irritent l'œil; et avec une pince à disséquer, ou simplement avec les bouts du pouce et du doigt indicateur (ce qui vaut mieux dans

qué par ceux qui l'ont uniquement proposé, dans le cas où la maladie fût le produit de deux ou trois poils inclinés vers l'œil. En effet, après l'extraction du poil, outre la grande difficulté d'entrer avec l'aiguille rougie au feu, précisément dans le trou où ce poil étoit implanté, il en est encore une autre plus grande. Où trouver la racine du poil extirpé? ne peut-elle pas être loin du lieu que le chirurgien se propose de brûler?

[1] Versuch einer neuein heilart der trichiasis. *Leipsick*, 1776.

beaucoup de cas), il fera un pli à la peau de la paupière affectée, en observant que la portion qu'il aura saisie corresponde exactement au milieu de tout le trajet occupé par la trichiase : puisque, comme on l'a dit, ou le tarse est entièrement retourné en dedans, ou il ne l'est qu'à moitié, et même dans un tiers de son étendue. Ce repli des tégumens sera plus ou moins relevé, selon le degré de leur relâchement, ou du roulement du tarse en dedans : on en sent assez la raison ; car plus ce repli est élevé, plus on en emporte avec l'excision. Ici, je parle d'un adulte. Le chirurgien, après avoir relevé ce pli à un certain degré, fera ouvrir l'œil, et si le tarse avec les cils reprend sa position et sa direction naturelles, l'élévation des tégumens sera suffisante pour le but que l'on se propose. Chez les enfans, il conviendra d'agir par approximation, vu qu'ils se prêtent rarement à cette épreuve. Les pinces de *Bartsich*, de *Verduin ;* celles corrigées par *Rau* et autrefois usitées avoient l'inconvénient d'élever également les tégumens d'une extrémité à l'autre de la paupière ; d'où des raisons qui faisoient que l'on emportoit trop de peau dans les angles de la paupière affectée de *trichiase*, et pas assez dans son milieu. Au contraire, en saisissant les tégumens avec des pinces à disséquer, et en élevant ce pli dans le centre

de toute l'étendue de la trichiase, il s'ensuit nécessairement que la section des tégumens forme un ovale, et que le plus grand point de l'excision tombe parfaitement dans le centre, ou très-près du milieu de la paupière, et que le moindre est dans ses angles ou dans sa commissure. Ceci contribue grandement à ce que la cicatrice consécutive seconde le repli naturel de la paupière, et prévienne dans ses angles un défaut contraire à celui qu'on cherche à détruire, c'est-à-dire le renversement de la commissure en dehors.

Ce n'est pas assez pour le chirurgien d'être instruit sur le lieu et sur la forme du pli des tégumens à diviser; il observera encore attentivement que la section de la peau tombe assez près du tarse renversé en dedans, parce que, sans cette précaution, il s'exposeroit au désagrément certain de voir, après la guérison de la plaie artificielle, la paupière se raccourcir en totalité vers le sourcil, au lieu de l'excision, mais non en proportion égale à l'espace qui est entre l'ourlet et la cicatrice des tégumens de la paupière opérée ; enfin le tarse resteroit plié en dedans comme auparavant, ou non suffisamment renversé en dehors, pour que les poils ne fussent plus en contact avec l'œil. Cet inconvénient exposeroit encore le malade à subir une seconde opération.

Tout étant ainsi disposé, le chirurgien soutient de la main gauche, et moyennant sa pince à disséquer, ou simplement avec les doigts, le repli des tégumens de la paupière affectée; sa main droite est armée d'une paire de ciseaux bien affilés et à *bec de grue* [1]; il embrasse doucement le pli des tégumens de la paupière; et assuré que l'un des tranchans des ciseaux appuie proche le bord extérieur du tarse, il coupe d'un trait cette duplicature entamée. La même maladie affecte-t-elle les deux paupières? l'opération faite à l'une est à l'instant répétée sur l'autre. Les deux côtés sont-ils également malades? le chirurgien les opérera de même l'un après l'autre, avec les précautions et les proportions exigées par l'extension de la maladie, et par le degré de roulement en dedans du tarse de chaque paupière. Ensuite, mettant à part tout projet de suture que pratiquent encore quelques chirurgiens, il suffira de tenir le sourcil abaissé si la paupière supérieure a été opérée, ou, si c'est l'inférieure, de la tenir appuyée sur l'arc correspondant de l'orbite, en pressant de bas en haut, pour que les lèvres de la plaie soient constamment rapprochées, qu'on les mette ensuite en contact parfait, au moyen de quelques bandelettes agglutinatives qui s'étendront depuis l'arc supé-

[1] Planche III, fig. IX.

rieur de l'orbite jusqu'au zygoma; et avec plus de sûreté encore elles seront maintenues dans cette position au moyen de deux petites compresses, placées l'une sur le sourcil, et l'autre sur le zygoma : le tout sera soutenu par un bandage unissant, auquel on donnera la même direction qu'au *monoculus*.

Ce qui, dans ce cas, me paroît avoir porté les chirurgiens à pratiquer la suture vraie, fut sans doute de voir qu'après la rescision du pli de la peau, par exemple, de la paupière supérieure, les tégumens se retiroient en haut vers le sourcil, et en bas vers le tarse, de manière à faire regarder en ce moment la paupière comme entièrement dénuée et tout-à-fait privée de peau : mais cet effet n'a lieu qu'en apparence, puisque le sourcil déprimé par le moyen d'une compresse et du bandage unissant, la paupière se recouvre de peau comme auparavant, et les lèvres de la plaie se mettent promptement en contact parfait, sans qu'il soit besoin de recourir à la suture. Gendron [1] est du petit nombre de ceux qui préfèrent en pareil cas les bandelettes agglutinatives à la suture vraie, toujours suivie de tension et d'inflammation qui faisoient rompre les points de suture. Cette observation n'a pas échappé à cet oculiste, dont ma pratique a con-

[1] Traité des Maladies des yeux, tom. I, page 243.

firmé la justesse de l'opinion au grand avantage de mes malades; simplicité et promptitude dans l'opération.

A la levée du premier appareil, le troisième jour de l'opération, le chirurgien trouvera que le malade ouvre l'œil avec facilité, et que le tarse et les cils, auparavant mal contournés, ont repris leur position et leur direction naturelles. Dans la trichiase partielle ou incomplète, qui occupoit seulement la moitié ou un tiers de toute la longueur du tarse chez des personnes qui avoient la peau très-extensible, j'ai plusieurs fois eu la satisfaction de trouver, au premier pansement, la plaie parfaitement réunie.

Cependant, quand cette réunion ne sera que partielle, et que le reste du lieu de la rescision prendra la voie de la suppuration et de la granulation, le chirurgien le recouvrira d'une bande de toile enduite d'onguent de céruse; et si la plaie devient baveuse, il la touchera de temps en temps avec le nitrate d'argent jusqu'à parfaite cicatrice. Ordinairement la cure ne se fait pas attendre au-delà du quatrième jour de l'opération.

Telle est la manière de guérir radicalement la seconde et la plus fréquente espèce de trichiase.

Heureusement qu'il est rare que la première se présente avec des poils qui pointent contre

le globe de l'œil, sans que la position naturelle du tarse ait changé. Le traitement de la première espèce est assez difficile, si toutefois il y en a un; puisqu'il est démontré qu'arracher les cils, brûler le lieu de leur racine, sont des moyens insuffisans et incertains pour produire une guérison complète; et qu'également le renversement en dehors du tarse contre sa position naturelle, fait courir au malade le risque d'un larmoiement continuel, avec un engorgement chronique de la membrane interne de la paupière. L'art est encore imparfait sur ce point, qui doit plus que jamais provoquer toute l'attention des praticiens. Comme je l'ai dit dans le principe, le cas de trichiase de la première espèce que j'ai eu occasion de voir, ne présentoit uniquement que deux ou trois poils dirigés contre le globe de l'œil. Néanmoins, ayant un peu retourné en dehors le tarse affecté, j'ai vu qu'en vérité je ne serois jamais venu à bout de remettre en position naturelle les poils mal dirigés; mais que j'aurois pu les écarter assez de la cornée pour qu'ils ne la touchassent pas, et sans que le tarse fût pour cela roulé en dehors, au point de laisser tomber les larmes sur la joue [1]. Dans le sujet dont je parle, la peau étoit assez étendue vers le tarse: je m'écartai de la règle précédente, en faisant

[1] Observ. XIX.

avec le dos de la lancette une incision extérieure le long du tarse, dans l'étendue de trois lignes : j'enlevai un petit morceau de peau de la même longueur, sur un peu plus d'une ligne de large. La cicatrice se fit; l'opération réussit autant bien que le comportoit la nature du mal, sans que l'on puisse dire pour cela que la méthode curative employée soit parfaite et exempte d'inconvéniens, dans les cas plus compliqués que celui que je viens de rapporter.

Il ne suffit pas de guérir la *trichiase ;* il faut encore corriger le vice qui l'a produite, et remédier aux maux que le globe a éprouvés de l'irritation et de la piqûre des poils courbés en dedans. Les indications sont ordinairement de fortifier les vaisseaux de la conjonctive, de détruire l'embarras des glandes de Meïbomius, de rendre la transparence à la cornée devenue nébuleuse : c'est ce dont nous traiterons fort en détail dans les Chapitres de l'*Ophthalmie* et de l'*Obscurcurcissement de la cornée.*

Le célèbre Albinus [1] est le seul, si je ne me trompe, qui ait observé la *trichiase de la caroncule lacrymale,* dont il a rapporté l'histoire que je crois plus avantageux pour les étudians de transcrire ici. *In subtilibus illis pilis*, *quos* MORGAGNUS *in caruncula lacrymali animad-*

[1] Acad. annot. lib. III, cap. VIII.

vertit, trichiasis speciem vidi. Unus eorum increverat præter naturam, crassior longiorque atque ita se incurvans, ut globum oculi extremâ parte attingeret. Consecuta est oculi inflammatio dira, cruciatu tetro, et quod causa non intelligebatur, pertinax. Adhibita fuerunt quæcumque ars suggerere potuerat et empiria : collyria, epispastica, purgantia, sanguinis missiones, fonticuli, diæta. Quum nihil proficeretur, fortè itum ad me. In causam, si invenire possem, inquirens, ecce pilus. Quo evulso, subsedit malum. L'auteur laisse cependant à désirer un éclaircissement sur ce point important. Nous ignorons si ce poil, arraché de la *caroncule lacrymale*, a repoussé ou non; quelle étoit sa direction, s'il a reparu.

XV^e^ OBSERVATION.

Marie-Thérèse Ballerini, de Trumello, paysanne âgée de trente-cinq ans, perdit presqu'entièrement la vue à la suite d'une ophthalmie chronique aux deux yeux : elle ne ne pouvoit point élever les deux paupières supérieures, parce qu'elles étoient excessivement relâchées, et que le tarse et les cils de l'une et de l'autre se voyoient repliés en dedans et offenser rudement le globe de l'œil. La malade recevoit un peu de lumière par l'angle interne de l'œil gauche, où le tarse

étoit, moins qu'ailleurs, déprimé et roulé en dedans. Toute la cornée de l'œil droit paroissoit profondément opaque; celle du gauche seulement nébuleuse. Un chirurgien de la campagne avoit plusieurs fois, mais inutilement, arraché un à un ces poils de la paupière courbés en dedans.

La malade fut reçue dans cette école-pratique : après l'avoir fait asseoir, je fis, avec le bout des doigts, un pli aux tégumens de la paupière supérieure gauche proche son rebord, observant avec soin que ce pli fût plus élevé vers l'angle interne que vers l'externe. Ayant reconnu que c'étoit suffisant pour renverser en dehors le tarse et les cils, je le coupai d'un coup de ciseau à bec de grue : je rapprochai aussitôt les lèvres de la plaie; je les maintins en contact avec des bandelettes agglutinatives, et plus encore avec une petite compresse appliquée sur le sourcil, puis soutenue par un bandage unissant, auquel je donnai la direction du *monoculus*. Je répétai aussitôt la même opération sur la paupière supérieure droite.

Trois jours après, à la levée du premier appareil, la malade a pu ouvrir elle-même les yeux; j'ai trouvé que le tarse et les cils de l'un et de l'autre côté avoient repris leur position naturelle.

De part et d'autre il restoit dans l'endroit de la section une petite plaie dont la largeur n'outre-passoit pas deux lignes : elle se cicatrisa dans l'espace de deux jours, moyennant l'application d'un emplâtre d'onguent de céruse, et quelquefois celle du nitrate d'argent; puis, l'usage continué, pendant un mois, du collyre vitriolique et de l'onguent ophthalmique de Janin, dissipa les suites de l'ophthalmie chronique, et le nuage de l'œil gauche disparut. Quant au droit, il existoit un *leucoma* trop opaque pour espérer la guérison; il étoit incurable.

XVI^e^ OBSERVATION.

M ***, pavésan, incommodé depuis son enfance de fréquentes fluxions aux yeux, parvint à l'âge de dix ans. Il ne pouvoit plus élever la paupière supérieure de devant l'œil gauche, et très-peu celle du droit; c'est-à-dire de deux ou trois lignes seulement vers son angle externe; ce qui l'obligeoit de tordre le cou pour voir, et de regarder de travers avec l'œil droit. Le tarse et les cils de la paupière supérieure de l'œil gauche, repliés et roulés en dedans, appuyoient presqu'en totalité sur le globe, particulièrement sur la cornée qu'ils tourmentoient et froissoient rudement. Le bord cartilagineux, les cils de la paupière supérieure droite proche l'angle ex-

terne, restoient en position, tandis que les autres de la même rangée piquoient la cornée, qui, du côté gauche, étoit obscurcie, et marquée çà et là de taches denses : du côté droit, cette membrane étoit simplement nébuleuse.

Dans différens intervalles, on extirpa cinq fois à cet enfant les cils, dont on toucha les racines avec la pierre caustique; mais comme ils repoussoient toujours plus serrés, roides et plus piquans que de coutume, on forma le projet de les enlever en coupant les bords des paupières malades : telles étoient les circonstances de cette maladie lorsque j'en entrepris le traitement.

L'enfant étant assez indocile, principalement parce qu'il avoit été plusieurs fois inutilement tourmenté, je trouvai convenable de me bien assurer de ses mouvemens en le couchant sur un petit lit, où des aides intelligens pouvoient facilement le fixer.

Avec des pinces à disséquer je soulevai la peau de la paupière supérieure droite, proche le tarse, observant que le point le plus élevé du pli fût vers l'angle interne : par les motifs déjà adoptés et avec les ciseaux en *bec de grue*, j'en fis d'un coup la rescision. Je fis de même sur la paupière supérieure gauche; observant là que le point le plus élevé du pli fût précisément dans le milieu de la paupière. La rétractation des tégumens, la dénudation

dation des deux paupières supérieures effrayoient ceux qui n'étoient point de la profession : mais, dès que le sourcil fut déprimé des deux côtés, dès l'application des bandelettes agglutinatives, et surtout des compresses sur le sourcil et le zygoma, soutenues d'un bandage unissant pour chaque côté, les paupières se recouvrirent de leurs tégumens, les lèvres des deux plaies se mirent en parfait contact. Le malade prit trois onces d'émulsion avec neuf gouttes de laudanum; il dormit peu de temps après, et fut assez docile pendant tout le reste du traitement.

Le cinquième jour, l'appareil fut levé. L'enfant ouvroit assez bien les deux yeux; le tarse et les cils de l'une et de l'autre paupière supérieure étoient déjà tournés en dehors et éloignés du globe de l'œil, assez pour ne pas l'offenser, quoiqu'on ne pût pas encore dire qu'ils fussent dans leur juste et naturelle position. La raison en étoit que les petites plaies avoient plus suppuré que de coutume, qu'elles avoient une tendance à la fongosité, qui s'opposoit au parfait rapprochement des bords excisés de la peau. Le nitrate d'argent, itérativement employé, réprima cette fongosité que je recouvris enfin d'un emplâtre d'onguent de céruse. Dans le cours de deux semaines, les petits ulcères se cicatrisèrent; à mesure qu'ils se rétrécissoient, le tarse et les

cils de l'une et de l'autre paupière supérieure s'écartoient davantage du globe de l'œil : ils reprirent enfin leur position naturelle.

A l'aide de l'onguent de Janin, employé matin et soir, pendant quarante jours, entre les paupières et le globe de l'œil; avec le collyre vitriolique instillé plusieurs fois la journée, les vaisseaux variqueux de la conjonctive reprirent leur ton. Le léger nuage de la cornée de l'œil droit se dissipa entièrement; celui du gauche en partie seulement, parce qu'il y avoit plusieurs taches non susceptibles de se résoudre.

XVIIe OBSERVATION.

J'entrepris le traitement d'une vieille paysane qui, depuis plusieurs années, étoit regardée par ses proches comme tout-à-fait aveugle. Elle avoit un relâchement extraordinaire de la paupière supérieure des deux côtés, produit par de fréquentes ophthalmies et un roulement en dedans des ourlets. En écartant les paupières avec force, on voyoit que le tarse et les cils de la supérieure droite et gauche appuyoient sur le globe de l'œil; que les deux cornées avoient perdu une grande partie de leur pellucidité naturelle. En faisant cet examen, je vis bientôt que, du côté gauche, il y avoit de plus le renversement en dedans d'un petit trait du tarse,

et encore des poils appartenans à la paupière inférieure.

Chez cette femme, le relâchement des tégumens des deux paupières supérieures étoit tel, qu'au lieu de pinces pour les soulever, je me servis du bout du pouce et du doigt indicateur de la main gauche, avec lesquels j'élevai un pli assez considérable de la peau proche le bord de la paupière supérieure droite, et je le coupai avec les ciseaux : j'emportai un morceau de tégumens de figure ovale, dont le diamètre transversal correspondoit précisément au milieu de la paupière, et le longitudinal à ses angles. Je me conduisis de même à la paupière supérieure gauche; enfin, j'appliquai à l'une et à l'autre l'appareil ordinaire, qui consistoit dans quelques bandelettes agglutinatives, soutenues de compresses situées sur le sourcil et le zygoma : je maintins le tout à l'aide du bandage unissant.

Trois jours après, je levai l'appareil pour la première fois, et je trouvai que tout étoit dans le meilleur ordre, puisque la malade ouvroit elle-même ses yeux avec assez de promptitude, et que le tarse et les cils de la paupière supérieure droite et gauche étoient dans leur véritable position. La ligne ulcéréé dans le trajet de l'incision, tendoit à se cicatriser promptement. Néanmoins j'observai qu'en ouvrant et en fer-

mant l'œil gauche, la malade larmoyoit de ce côté ; ce qui dénotoit encore une certaine difficulté qui n'avoit pas lieu à droite. Je m'aperçus aussitôt que, proche l'angle externe de la paupière inférieure gauche, il y avoit un petit nombre de poils qui, conjointement avec le tarse et dans une étendue de deux lignes, se recourboient en dedans en blessant l'œil. En renversant effectivement le point de la paupière inférieure, on vit évidemment, contre la portion du tarse roulée en dedans, des taches pâles, dures, qui indiquoient le siége des petits ulcères rongeans qui avoient précédé, dont la cicatrice avoit entraîné en dedans la petite portion du tarse avec les poils qui lui appartenoient.

Je ne balançai point à fendre, avec le dos d'une lancette, la peau de la paupière inférieure presque dans une étendue de quatre lignes, le long du tarse replié en dedans : par cette fente j'introduisis le bout d'une pince très déliée [1] ; je soulevai et emportai une portion ovale de la peau, de grandeur proportionnée à la dépression et au renversement en dedans du tarse et des poils ; j'appliquai sur la petite plaie avec perte de substance, une petite bandelette de diachylon simple. Cette petite plaie suppura : je la touchai avec le nitrate d'argent ; la cicatrice

[1] Planche III, fig. VIII.

remit dans sa position naturelle ce point du bord de la paupière inférieure gauche roulé et incliné en dedans.

Le grand âge de la malade, qui avoit près de soixante ans, joint à la ténacité de l'humeur épaissie dans la texture des deux cornées, fit que, malgré l'usage continué pendant un mois de l'onguent ophthalmique et du collyre vitriolique, on ne put rendre à cette membrane qu'une partie de sa transparence première. La malade distinguoit cependant, vers la fin du traitement, les contours des corps et les couleurs. Elle sortit contente de l'hôpital, parce qu'elle étoit soulagée d'un fâcheux *trichiasis*.

XVIII^e OBSERVATION.

La fille de M. Jean R***, de Rovescalla, enfant de neuf ans, de constitution scrofuleuse, avoit eu la galle pendant qu'on l'allaitait encore. A l'âge de sept ans elle eut une ophthalmie opiniâtre, palpébrale et aux deux yeux : le droit étoit plus fortement affecté; car le bord interne du tarse étoit ulcéré, ainsi que quelques points des confins de la sclérotique avec la cornée. Dans le cours de deux ans, l'ophthalmie chronique, spécialement celle de l'œil droit, résista à beaucoup de remèdes, tant internes qu'externes, que que l'on avoit prescrits pour la combatre. L'en-

ſant perdit peu à peu la faculté d'ouvrir l'œil droit, excepté vers un petit point de l'angle interne. De chaque côté les tarses étoient durs, croûteux, enduits de chassie; mais ceux de l'œil droit étoient en outre roulés en dedans avec les cils, tant de la paupière supérieure que de l'inférieure, et cependant très-peu vers l'inférieure et proche l'angle externe. Le frottement des cils sur l'œil droit étoit si désagréable, que l'enfant ne cessoit un moment d'y porter la main.

La petite malade fut couchée horizontalement sur une table, ayant la tête un peu élevée : des aides intelligens, parmi lesquels je dois citer M. Gianni, excellent chirurgien de cet hôpital, la tenoient solidement fixée. Je fis à la paupière supérieure droite un pli aux tégumens que je soulevai avec le bout des doigts, de manière que la plus grande élevation fût plutôt vers l'angle externe que vers l'interne de l'œil. D'un coup de ciseau j'emportai une portion suffisante de la peau de la paupière supérieure. Cette portion étoit ovale, et séparée le long de la partie retournée en dedans du tarse, en le touchant presque. Je fis la même section sur les tégumens de la paupière inférieure droite près le tarse, mais moins longue que sur la paupière supérieure; puisque, comme j'en ai averti, le renversement de son tarse et de ses poils n'étoit pas aussi étendu.

Le sang essuyé, j'appliqai l'appareil accoutumé, je veux dire des bandelettes agglutinatives qui s'étendoient d'une arcade orbitaire à l'autre; une compresse sur le sourcil, une seconde sur le zygoma : le tout fut soutenu par le bandage unissant, dirigé comme le *monoculus*.

Quoiqu'immédiatement après l'opération il ne m'ait pas été possible de faire rester au lit cette enfant, à laquelle j'avois fait prendre quelques gouttes de laudanum pour lui procurer du repos et du sommeil, il n'y eut cependant aucun accident digne de remarque. Le troisième jour, je levai le premier appareil : je trouvai, à la grande surprise des assistans, que l'enfant ouvroit bien et promptement l'œil droit; que le tarse et les cils avoient non-seulement repris leur position naturelle, mais encore que les plaies de la paupière supérieure et inférieure étoient parfaitement rapprochées et réunies. Il étoit ensuite singulier de voir quelle longueur avoient acquise les poils qui auparavant appuyoient sur le globe de l'œil, en comparaison de ceux qui, nonobstant la maladie, avoient conservé leur situation et leur direction naturelles dans l'angle interne.

Pour compléter la cure, il ne fut besoin que de recouvrir les deux cicatrices des paupières d'un morceau de toile sur lequel on avoit étendu de l'onguent de cruse, de s'occuper à donner de la

force aux vaisseaux variqueux de la conjonctive, et de faire disparoître la tache nébuleuse de la cornée de l'œil droit. Je l'obtins, autant qu'il me fut possible (puisque l'obscurcissement de la cornée étoit assez invétéré, dense et profond), dans l'espace de quarante jours, en me servant d'abord de la teinture thébaïque de la Pharmacopée de Londres, puis de l'onguent ophthalmique, enfin du collyre vitriolique, de temps en temps dans la journée.

XIX^e OBSERVATION.

Laurent Crivelli, de Montalto, paysan vigoureux, âgé de vingt-six ans, n'avoit jamais été exposé aux fluxions d'yeux. Au commencement de mai 1798, il se leva un matin, avec un prurit si insupportable dans l'œil droit, qu'il ne pouvoit pas rester un moment sans le frotter. Cette incommodité, accrue par la chaleur et par la rougeur de tout l'œil droit, fit dans les jours suivans de tels progrès, que dans la crainte de perdre la vue de ce côté, le malade vint dant cet hôpital.

Vers le milieu de la paupière inférieure de l'œil droit, dans une étendue de deux lignes, il y avoit un manifeste rebroussement des poils diversement dirigés : trois d'entreux sortoient évidemment de la face interne du tarse, en se dirigeant oblique-

ment vers le globe de l'œil, et appuyant en partie sur le disque inférieur de la cornée, en partie sur la conjonctive qui leur étoit voisine, qui paroissoit comme mouchetée dans cet endroit ou teinte d'une tache sanguine. Tout ceci étoit survenu sans qu'aucun point du tarse eût changé de position ou de sa direction naturelle.

Convaincu, dans ce cas, de l'inutilité d'arracher les poils, ainsi que de la nullité des moyens jusqu'alors proposés pour les maintenir renversées en dehors, au moyen de bandelettes agglutinatives, de petites ligatures, ou autres moyens semblables; observant, dans le cas dont il s'agit, qu'un médiocre pli en dehors du tarse, dont un court espace étoit affecté de trichiase, suffisoit pour écarter les poils du globe de l'œil sans produire une difformité remarquable, je m'attachai dans cette occasion, encore unique pour moi, à emporter une portioncule des tégumens proche l'inclinaison morbifique des poils.

Je fis asseoir le malade en lui faisant incliner la tête en arrière. Un aide lui tenoit ferme la paupière inférieure droite sur les commissures. Sur elle, et avec le dos d'une lancette, j'incisai les tégumens dans une étendue de quatre lignes, immédiatement sur leur rebord, et en rasant le tarse. Ensuite, avec des pinces, je soulevai la

peau incisée; j'en emportai une portioncule ovale, longue de quatre lignes, et large de deux et demie. Je terminai l'opération en mettant sur la plaie, qui étoit avec perte de substance, une bandelette enduite d'onguent digestif simple, une compresse sur le zygoma, et le bandage unissant, dans la forme du *monoculus*.

Deux jours après, l'appareil fut renouvelé; les lèvres de la plaie étoient beaucoup rapprochées, et l'ourlet entraîné au dehors dans la même proportion, avec les trois poils correspondans, et auparavant mal inclinés : aussi le malade se trouva-t-il grandement soulagé de son incommodité. Un seul poil, c'étoit le plus long des trois, appuyoit encore légèrement sur la cornée: je dis légèrement, parce que le malade ne s'en plaignoit point; et la marque de la conjonctive étoit presqu'entièrement dissipée. Le même jour et les trois autres suivans, je touchai la petite plaie avec le nitrate d'argent, afin de détruire un peu plus de substance de la paupière, de faire retourner davantage en dehors l'ourlet proche ce petit point de la trichiase. Cinq jours après, la cicatrice fut complète. Le poil long et unique qui restoit encore mal dirigé, ne touchoit plus la cornée, mais restoit plutôt couché selon la longueur du bord interne de la paupière inférieure, sans

tourmenter le malade, ni le faire larmoyer. C'est pourquoi je crus avoir suffisamment satisfait à l'indication que je m'étois proposé de remplir. Je permis à cet homme de retourner dans sa maison.

CHAPITRE V.

Du Relâchement de la paupière supérieure.

L'OPÉRATION exposée dans le chapitre qui précède, est celle qu'il convient d'employer pour guérir le relâchement de la paupière supérieure, lorsqu'il est simple et non compliqué d'une vicieuse torsion des poils en dedans contre le globe de l'œil. Cette maladie n'intéresse l'organe de la vue qu'autant que ceux qui en sont affectés ne peuvent regarder ni voir, si avec les doigts ils ne soulèvent la paupière supérieure.

Le prolongement excessif de la paupière supérieure est quelquefois, mais rarement, un vice de naissance ; il dérive ordinairement d'une stagnation des humeurs épaissies par suite d'ophthalmies chroniques rebelles, chez les sujets malsains et d'une fibre molle. Il est encore l'effet de l'usage trop long-temps continué des applications émollientes et relâchantes, ou bien il est souvent occasionné par l'atonie du muscle élévateur propre de la paupière supérieure. Cette atonie est, ou simple, ou compliquée de la paralysie du nerf optique. C'est ce qu'on a coutume d'observer à la suite de coups violens portés sur le globe de

l'œil, lorsque les paupières sont rapprochées, avec ou sans dilacération de la paupière supérieure, et une large échymose de la conjonctive. Quelquefois, ce n'est que par intervalles, le spasme du muscle orbiculaire des paupières est cause de cette affection.

La longueur excessive et congéniale de la paupière supérieure, son relâchement dépendant de flux humoral chronique, d'applications émollientes trop continuées, de l'œil trop long-temps maintenu fermé et comprimé par des bandages, constituent une maladie facile à caractériser par la réunion des circonstances qui l'ont précédée. Ensuite, si l'atonie ou la paralysie totale du muscle élévateur ont eu part ou non à produire ce relâchement, il est facile de s'en assurer en faisant, avec le bout des doigts ou avec des pinces, un pli transversal aux tégumens qui recouvrent cette paupière proche l'arc supérieur de l'orbite. En effet, si le muscle élévateur n'a pas perdu son activité; débarrassé, pour ainsi dire, du poids des tégumens au moyen de ce pli transversal, le malade soulève la paupière supérieure et ouvre suffisamment l'œil. Dans le cas contraire, cet organe reste toujours fermé. Ensuite, cet abaissement de la paupière, avec impuissance de l'élever, qui ne s'observe que par intervalles, qui se dissipe pour reparoître bientôt, qui dépend d'un spasme pas-

sager du muscle orbiculaire, n'est point proprement une maladie, mais seulement le symptôme de quelque autre affection spasmodique générale. L'hypochondriasie, l'hystérisme, la chlorose, la présence des vers, les saburres de l'estomac, le prouvent assez, et ces causes sont faciles à reconnoître.

Parmi les causes de cette imperfection, les chirurgiens-écrivains énoncent encore les plaies transversales de la paupière supérieure ou du sourcil correspondant. Ils ne se sont pas expliqués assez clairement sur ce point; car s'ils entendent parler de ces plaies transversales de la paupière supérieure ou du sourcil, qui détruisent et contondent fortement le muscle élévateur, ou qui offensent gravement le nerf susorbitaire, le relâchement de la paupière supérieure peut en être certainement la conséquence : mais, dans le second cas, elle n'est pas la seule, puisqu'assez souvent il arrive un autre accident beaucoup plus grave, qui est la perte totale de la vue. Si, de plus, ils entendent parler de toute autre plaie transversale de la paupière supérieure ou du sourcil, il est certain que, n'y ayant pas de perte de substance, et la guérison se faisant par première intention, le relâchement de la paupière ne peut exister, et s'il y a perte de substance des tégumens et des parties subjacentes, avec suppu-

ration, la cicatrice qui en résulte, loin d'occasionner le relâchement de cette partie, produit plutôt son raccourcissement : ce qui est tout le contraire.

La maladie est-elle purement locale, récente? affecte-t-elle des sujets non décrépits, non hémiplégiques, et sans torsion des muscles de la face? enfin dérive - t - elle d'un flux humoral dans une partie déjà molle et flasque? il y a lieu d'espérer quelques avantages des remèdes locaux corroborans. L'eau froide dans laquelle on a étendu une petite quantité d'esprit-de-vin camphré, les frictions faites à la paupière relâchée avec la liqueur anodine et la teinture de cantharides, l'application d'un liniment de savon et de camphre, méritent une grande considération.

Le relâchement symptomatique, celui qu'on observe chez les hypochondriaques, les hystériques, et chez les personnes qui ont dans l'estomac quelques stimulus morbifiques existans, se guérit à l'aide des remèdes internes anti-spasmodiques, anti-hystériques, avec l'émétique et les anthelmintiques.

Le relâchement congénial de la paupière supérieure, l'humoral invétéré, celui qui est compliqué de l'atonie du muscle élévateur (pourvu que, dans ce cas, l'organe immédiat de la vue soit encore sain), ne peuvent se guérir sans opé-

ration. Il est vrai que, dans le cas d'atonie, de foiblesse du muscle élévateur, l'œil ne pourra jamais être parfaitement bien ouvert, comme celui qui est sain, même après l'opération; mais, de toute manière, le malade pourra voir les objets sans avoir besoin de relever sa paupière supérieure avec les doigts.

On remédie à ce vice de la même manière que dans la *trichiase*, en emportant avec les ciseaux la portion excédente des tégumens de la paupière supérieure soulevée et pincée avec le bout du pouce et du doigt indicateur. On doit cependant tenir pour averti qu'il ne faut retrancher ni plus ni moins de peau qu'il est nécessaire pour que la paupière puisse se prêter à l'action du muscle élévateur, qui doit encore être secondée, en découvrant parfaitement le globe de l'œil. Dans le cas le plus commun de *trichiase*, dérivée du relâchement de la paupière, compliquée du repli vicieux du tarse et des poils en dedans, il est de la plus grande importance, comme je l'ai déjà dit, pour obtenir un bon succès, de plisser les tégumens le plus près possible du tarse réfléchi en dedans, afin que l'ourlet soit successivement entraîné en dehors; mais, dans le cas dont il s'agit, lors du simple relâchement de la paupière supérieure, sans aucune inclinaison vicieuse de l'ourlet et des cils, où il n'y a

point d'autre indication à remplir que celle du raccourcissement des tégumens, il y a de l'avantage à faire ce repli et à l'exciser proche l'arc supérieur de l'orbite, dans sa direction propre, et non dans le voisinage du tarse.

L'excédent des tégumens de la paupière supérieure relâchée se reconnoît en comparant avec le côté sain; on fera en sorte que le malade fixe attentivement un objet qui soit en ligne horizontale avec la hauteur de son œil. Alors l'œil sain et ouvert étant tenu ferme dans cette position, on voit clairement dans quelle étendue la paupière supérieure relâchée s'élève moins que la saine. En conséquence de cette disparité de longueur, le chirurgien fera un pli transversal aux tégumens dans le haut de la paupière relâchée, proche et selon l'arc supérieur de l'orbite; ce pli fixé avec des pinces, il ordonnera au malade d'ouvrir les yeux. Si ce mouvement est égal des deux côtés, preuve certaine, comme je l'ai avancé, de l'intégrité, de l'aptitude du muscle élévateur à la contraction et à l'exercice de sa force sur la paupière relâchée; et si, au même instant, les deux paupières supérieures s'élèvent à la même hauteur, la quantité juste à emporter sera cette portion des tégumens compris dans le pli transversal : dans le cas contraire, il faudra, se-

lon le besoin, accroître ou diminuer ce pli. Dès que le chirurgien aura fait cette épreuve préliminaire, il coupera d'un seul coup de ciseau ce pli des tégumens. Comme il est plus élevé dans le milieu du sommet de la paupière supérieure que dans ses extrémités, la figure de la plaie sera nécessairement celle d'une feuille de myrthe. La réunion sera faite et maintenue par des bandelettes agglutinatives, et sur-tout au moyen de compresses placées, l'une sur le sourcil, l'autre sur le bord inférieur de l'orbite. On soutiendra le tout avec le bandage unissant, dirigé comme le *monoculus*. De cette manière, la guérison est prompte : peu de jours suffisent pour qu'elle soit complète, lorsque, dans la trichiase, les compresses sont exactement appliquées et convenablement contenues par le bandage unissant.

Pour confirmer cette pratique, il n'est pas nécessaire, je pense, d'entrer dans aucun détail d'observations que je pourrois rapporter en très-grand nombre. Celles que j'ai jointes au Chapitre de la *Trichiase* doivent suffire. Il sera cependant utile pour les étudians de lire sur ce point l'observation publiée par Morand, dans le second volume de ses Opérations de Chirurgie [1].

[1] Dans les premiers jours de prairial an IX, une femme âgée de quarante-cinq ans, et paroissant en avoir

soixante, se présenta dans les salles de chirurgie clinique de l'université de Pavie. Elle avoit entièrement perdu l'œil droit depuis long-temps. L'œil gauche, petit et enfoncé, étoit affecté d'ophthalmie chronique, occasionnée par le relâchement complet de la paupière supérieure, et plus encore par le roulement en dedans contre la cornée, de toute la longueur du cartilage tarse dont les cils frottoient sur toute la conjonctive, qui en étoit irritée depuis un long laps de temps. La cornée étoit fortement obscurcie et opaque dans son hémisphère interne. Enfin cette malheureuse femme ne distinguoit, de cet œil, que légèrement la lumière des ténèbres. Le professeur Scarpa pratiqua sous mes yeux l'opération de la même manière qu'elle vient d'être décrite. L'appareil appliqué d'après les préceptes indiqués, on ne put procurer, à l'aide des bandelettes agglutinatives, la réunion des lèvres de la plaie, parce que l'œil étoit trop enfoncé. Le bandage unissant n'a rempli qu'imparfaitement l'indication qu'on se proposoit. Le quatrième jour, le second pansement eut lieu; la réunion de la plaie faite aux tégumens des paupières étoit presqu'achevée; le tarse et les cils avoient repris leur situation naturelle, et la rougeur de la conjonctive parut moindre. Le huitième jour, la cicatrice étoit parfaite : dans l'espace de douze autres jours, l'ophthalmie chronique se dissipa, sans que la malade eût entièrement recouvré l'usage de son œil. L'hémisphère interne de la cornée resta opaque; l'externe devint moins obscur, et la malade, qui auparavant ne voyoit pas pour se conduire, pouvoit aisément marcher dans les salles sans se heurter. Tel étoit son état, lorsque, le

vingt-cinquième jour de son entrée dans l'hôpital, elle retourna chez elle, après avoir recouvré la mobilité de la paupière supérieure, et avoir été délivrée de son ophthalmie chronique, occasionnée par le roulement du bord de la paupière et le frottement des cils contre un globe de l'œil aussi mal affecté. (Léveillé.)

CHAPITRE VI.

De l'Éraillement et du Renversement des paupières.

De même que l'excessif relâchement des tégumens des paupières, le raccourcissement morbifique de leur membrane interne proche le bord libre, par suite d'ulcères rongeans et de cicatrices consécutives, occasionnent l'inclinaison vicieuse du tarse et des cils contre le globe de l'œil ; de même aussi la trop grande extension, l'engorgement de cette membrane interne, sa trop forte crispation, le raccourcissement des tégumens des paupières ou des parties voisines, produisent un vice contraire à la trichiase : c'est l'éraillement ou le renversement des paupières, l'*ectropion.*

Il résulte des causes, que cette maladie est de deux espèces distinctes. La première dépend de l'engorgement contre nature de la membrane conjonctive, qui non-seulement écarte le bord libre du globe de l'œil, mais encore le presse au point de le faire renverser. La seconde est le produit du raccourcissement de la peau qui recouvre les paupières, ou de celle des parties voisines, qui d'abord écarte l'ourlet du bulbe de l'œil, et par suite le renverse en dehors avec toute la paupière affectée.

En considérant pour l'instant ce que la vieillesse nous offre de semblable, l'engorgement morbifique de la conjonctive dérive le plus souvent de sa laxité congéniale, dont l'accroissement est à rapporter aux ophthalmies chroniques opiniâtres, scrofuleuses, surtout dans des sujets d'une constitution lâche et en général malsaine. Des métastases varioleuses sur les yeux, avec complication dans le relâchement des vaisseaux de la conjonctive; des croûtes laiteuses, des éruptions et d'autres maladies croûteuses de la peau imprudemment répercutées, peuvent encore être la cause de cette affection.

Quand cette maladie n'occupe que la paupière inférieure, comme c'est le plus ordinaire, on voit sa membrane interne s'élever en forme de lame semi-lunaire, d'un rouge pâle et semblable à la chair fongueuse des plaies. Cette excroissance s'interpose entre le globe de l'œil et la paupière inférieure qui est renversée dans une certaine étendue. Lorsque ce gonflement est commun à la membrane interne des deux paupières, il représente un bourrelet en forme d'anneau; son milieu est enfoncé pour loger le globe de l'œil; sa circonférence presse, renverse en dehors les bords des deux paupières, ce qui défigure grandement le malade. Dans l'un et l'autre cas, comprime-t-on avec le bout d'un doigt les tégumens des pau-

pières? ils se prolongent facilement; et les paupières se prêteroient suffisamment pour recouvrir le globe de l'œil, si tout l'obstacle ne dépendoit pas de la tuméfaction intermédiaire.

Outre l'énorme difformité inséparable de cette maladie, il existe une autre incommodité; c'est l'écoulement continuel des larmes sur la joue, et, ce qui est plus gráve encore, la sécheresse du globe de l'œil, l'exacerbation fréquente de l'ophthalmie chronique, l'intolérance de la lumière, enfin l'obscurcissement et l'ulcération de la cornée.

La seconde espèce d'éraillement, celle qui est l'effet du raccourcissement de la peau qui recouvre les paupières ou ses parties voisines, est une conséquence commune des froncemens produits par la petite vérole confluente dans les tégumens de la face, proche les paupières ou sur elles-mêmes; par des brûlures profondes faites accidentellement dans le même endroit; des porreaux cancéreux; des tumeurs cystiques dans les paupières ou dans les environs, extirpées sans conserver assez de tégumens; enfin par le charbon malin et les dilacérations avec perte de substance. Chcûne de ces causes suffit pour faire resserrer et raccourcir les tégumens des paupières, pour les rapprocher de l'une ou de l'autre arcade orbitaire; enfin, pour les éloigner du bulbe de l'œil, et en

renverser les bords. Cet accident à peine arrivé est presque toujours accompagné d'un autre inconvénient non moins grave : il survient à la membrane interne des paupières affectées une tuméfaction qui contribue ensuite beaucoup à compléter le renversement. En effet, la membrane interne des paupières, quoique légèrement éraillée, restant constamment exposée au contact de l'air, continuellement irritée par des corps étrangers, se gonfle bientôt en s'élevant en manière de carnosité. Une partie de cette carnosité ou fongosité parvient à couvrir un peu de l'œil; l'autre pousse la paupière en dehors, et la renverse tellement qu'on a vu son ourlet mis en contact avec le rebord de l'orbite. Les inconvéniens qui accompagnent cette seconde espèce d'éraillement, sont les mêmes que ceux de la première; et, quelle que soit la forme de cette maladie, quand elle est très-invétérée, la tuméfaction fongueuse de la conjonctive se durcit, devient coriace et calleuse.

Bien que dans l'une et l'autre espèce d'éraillement, la membrane interne des paupières paroisse également plus gonflée que dans l'état naturel, il est cependant facile au chirurgien de déterminer à laquelle des deux la maladie appartient. Comme je l'ai dit dans la première, on ne trouve pas la peau des paupières déformée par des cica-

trices ou par des brides; et, en pressant avec le doigt celle qui est renversée, elle recouvriroit l'œil sans effort, s'il n'y avoit pas cette carnosité intermédiaire. Dans la seconde espèce, au contraire, outre les cicatrices apparentes, les froncemens de la peau, en pressant avec le bout du doigt la paupière renversée, pour la ramener sur l'œil, elle ne se prête qu'un peu, mais point dans son entier; ou bien, elle ne bouge pas de sa mauvaise position, le dégât des tégumens étant tel ici, que le bord libre de la paupière se trouve inhérent à l'arcade orbitaire.

Comparons enfin ces deux espèces d'éraillement ; on voit que l'on ne peut pas prétendre à une guérison également parfaite, et que même la seconde est absolument incurable dans certains cas. En effet, dans la première espèce de renversement dépendant d'une intumescence morbifique de la membrane interne de la paupière (puisque sa guérison ne consiste qu'à enlever le superflu), l'art est riche de moyens efficaces et nombreux, pour obtenir complétement ce que l'on se propose. Mais, dans la seconde, la chirurgie ne peut remédier parfaitement à la perte d'une portion de peau des paupières, ou des parties voisines, que ne peut restituer aucun des moyens jusqu'alors connus. Aussi se borne-t-on à corriger, autant que pos-

sible, les inconvéniens qui en dérivent; et c'est toujours d'une manière plus ou moins satisfaisante, en raison de la perte plus ou moins grande des tégumens. On abandonne comme incurable le cas où la perte des tégumens a été si grande, que l'ourlet se trouve uni avec le bord de l'orbite. *Si nimium palpebræ deest*, écrit Celse [1], *nulla id restituere curatio potest.* Quant à la seconde espèce d'éraillement, la mesure du bon succès que doit espérer le chirurgien, consiste à examiner jusqu'à quel point la paupière pourra être reportée; il la poussera doucement avec le bout du doigt vers le globe de l'œil, ayant, avant ou après, employé ces moyens à l'aide desquels on peut obtenir quelque allongement, puisqu'au-delà de ce point l'art n'a pas le pouvoir de la reconduire, et de la maintenir stable.

Le traitement se pratique utilement dans la première espèce d'éraillement, si le mal est récent; lorsque la fongosité de la membrane interne est médiocrement élevée, et le renversement de l'ourlet peu considérable (de deux lignes, ou un peu plus) dans les jeunes sujets : dans les décrépits, la flaccidité des paupières rend cette maladie tout-à-fait incurable. Il ne s'agit que de détruire avec le nitrate d'argent la surface fongueuse de la membrane interne de la

[1] Lib. VII, cap. VII.

paupière. Le chirugien s'y prendra de la manière suivante : Avec la main gauche, il renversera en entier la paupière malade, et avec la droite, il l'essuiera avec un linge fin; puis, sur tout le trajet de la fongosité superficielle, il promènera fortement le nitrate d'argent de manière à former escarre. Afin d'incommoder le malade le moins possible, le chirurgien n'aura pas plutôt retiré le nitrate d'argent, qu'un aide couvrira lestement le lieu cautérisé d'une couche d'huile, qui empêchera les larmes de dissoudre facilement la pierre caustique qui se répandroit sur le globe de l'œil. Cependant, si quelque portion de ce caustique tourmentoit le malade, le chirurgien ou les assistans l'enlèveront, en lavant plusieurs fois l'œil avec du lait frais. Cette opération sera répétée pendant plusieurs jours de suite, jusqu'à ce que l'intérieur de la paupière soit suffisamment ulcéré, et que la fongosité superficielle de la conjonctive soit détruite sur-tout proche le tarse. Cet avantage obtenu, les lotions avec l'eau simple, avec la décoction d'orge et le miel rosat, suffiront pour provoquer la suppuration, et cicatriser la plaie de la conjonctive. Tel sera l'effet de ce traitement, qu'à mesure que la cicatrice se formera dans l'intérieur de la paupière, le léger éraillement diminuera en proportion égale; enfin que le bord libre reprendra sa position naturelle.

Cette méthode curative est, comme je l'ai dit plus haut, seulement applicable avec succès aux cas d'éraillement récent et très-petit. Pour remédier promptement et efficacement à celui de la même espèce, qui est grand et invétéré, il n'y a rien de mieux que la rescision de toute la fongosité, en rasant la substance musculaire interne des paupières. Le malade est assis; il incline un peu la tête en arrière, tandis que le chirurgien, avec l'indicateur et le doigt du milieu de la main gauche, tiendra ferme la paupière renversée, et avec la droite armée de ciseaux à cuiller [1] comprendra l'excroissance le plus près possible de sa base, et la coupera complétement : il opérera de même sur l'autre paupière, si toutes les deux sont également affectées. L'excroissance est-elle de figure à ne pouvoir être comprise exactement avec les ciseaux? on se servira de pinces ou d'une double érigne pour la soulever, et faciliter sa dissection vers sa base, au moyen d'un bistouri à tranchant convexe. [2] L'hémorragie qui semble devoir être abondante dans le principe de cette opération, ou s'arrête d'elle-même, ou disparoît par l'effet des douches d'eau froide que l'on fait sur l'œil. Immédiatement après, vient l'applica-

[1] Planche III, fig. IV.
[2] Planche III, fig. XII.

tion de l'appareil : il consiste dans deux petites compresses situées, l'une sur l'arc supérieur, et l'autre sur l'arc inférieur de l'orbite. On les maintient avec un bandage unissant, dirigé comme le *monoculus*, serré de manière qu'il presse et replace le bord autrefois renversé de la paupière, et puisse recouvrir le globe de l'œil. Vingt-quatre ou trente heures après l'opération, l'appareil est levé : le chirurgien trouvera toute, ou presque toute la paupière, dans sa position naturelle. Par la suite, tout pansement consistera à laver l'ulcère, deux fois le jour, avec l'eau simple, ou avec la décoction de mauve, d'orge et de miel rosat, jusqu'à cicatrice parfaite. Sur la fin du traitement, si la plaie reprend un aspect fongueux, ou si le chirurgien voit que l'ourlet est encore trop écarté du globe de l'œil, il touchera plusieurs fois avec le nitrate d'argent la plaie existante dans l'intérieur de la paupière, afin de détruire un peu plus la membrane interne de la paupière viciée, et d'obtenir qu'en se cicatrsisant dans ce point elle se resserre davantage sur elle-même, et rapproche tout-à-fait l'ourlet du globe de l'œil. Le chirurgien n'oubliera pas de combattre en même temps la cause principale de l'éraillement, surtout l'ophthalmie chronique, le concours vicieux des humeurs vers l'œil, la foiblesse et la varicosité des

vaisseaux de la conjonctive, en mettant en pratique les moyens qui seront indiqués dans le chapitre de l'*Ophthalmie*.

Il n'y a point de différence entre ce dernier traitement et celui qui convient à la seconde espèce d'éraillement produit par un raccourcissement accidentel des tégumens des paupières, ou de ceux qui les avoisinent. Si le raccourcissement de la peau a pu renverser la paupière, la rescision d'une portion de la membrane interne qui lui appartient, et la cicatrice qui en résultera, pourront rétablir la position naturelle : les motifs sont les mêmes. Mais, et je l'ai dit, puisque la perte des tégumens ne se répare plus, et que le raccourcissement reste toujours le même, quelque bien faite qu'ait été l'opération, il est démontré que cette espèce d'éraillement ne se guérira jamais aussi parfaitement que la première; et la paupière racornie restera toujours plus ou moins courte que de coutume, en raison de la perte plus ou moins grande des tégumens. Il est une vérité : c'est que, dans un nombre considérable de cas, l'éraillement paroît plus grand qu'il ne l'est réellement, eu égard à la petite quantité de tégumens gâtés et perdus; car une fois le renversement commencé, supposez une perte peu considérable de la peau, et par conséquent une foible rétraction, l'engorgement

de la membrane interne ne cesse d'augmenter; il parvient enfin à renverser complétement la paupière. Dans ces cas, le traitement est très-heureux : il est au-dessus de l'attente de ceux qui ne sont point instruits sur ces matières. En effet, la fongosité enlevée, l'ourlet reporté vers le globe de l'œil après l'opération, le raccourcissement de la paupière est si petit, que l'on peut le regarder comme nul, en comparaison de la difformité et des incommodités qui étoient l'effet de cet état de renversement. On en peut voir un exemple dans la figure annexée à cet Ouvrage [1]. Toutes les fois donc que la rétraetion des tégumens de la paupière renversée, et eonséquemment son raccoureissement ne sera pas tel qu'elle ne puisse remonter et couvrir, sinon parfaitement, au moins décemment l'œil, le chirurgien opérera, en exeisant la membrane interne de la paupière renversée, comme il a été dit ci-dessus, en formant un uleère avec perte de substance sur toute la surface interne de la paupière éraillée. Il emploiera, selon les circonstances, ou les eiseaux à cuiller, ou le bistouri à tranchant convexe, et quelquefois ces deux instrumens lui serviront en même temps. La difformité est-elle invétérée? l'excroissanee de la membrane interne est-elle devenue dure, ealleuse? la meilleure pra-

[1] Planche II, fig. I, II.

tique est de commencer par recouvrir, pendant quelques jours avant l'opération, la paupière éraillée, d'un cataplasme de mie de pain et de lait, à l'effet de rendre flexible cette fongosité, et de pouvoir la séparer avec plus de facilité que dans son état de rigidité.

Il est un fait des plus certains et des mieux démontrés, c'est que la section des cicatrices et des brides des tégumens qui ont renversé et raccourci la paupière, ne procure aucun prolongement stable de cette partie, et par cela n'apporte aucun avantage pour le traitement de cette maladie. La même chose n'arrive-t-elle pas après les brûlures profondes et étendues de la paume de la main et des doigts ? N'est-ce pas par suite de ces mêmes accidens que, quelque diligence qu'on apporte dans le traitement, afin de maintenir la main et les doigts dans l'extension, ceux-ci se replient sans ressource quand la cicatrice est achevée ? L'effet n'est-il pas le même après les larges brûlures de la face et du cou ? Fab. d'Acquapendente [1], qui connoissoit l'inutilité de la section semi-lunaire des paupières pour détruire leur raccourcissement et leur renversement, propose, comme le meilleur moyen de les retirer, de se servir d'emplâtres agglutinatifs appliqués sur elles, sur le sourcil, et étroitement

[1] De chirurg. opérat. cap. XV.

noués

noués ensemble. L'expérience m'a enseigné que, quelqu'avantageuse que soit cette pratique, on réussit aussi bien en employant pendant plusieurs jours le cataplasme de mie de pain et de lait, puis les embrocations huileuses, enfin le bandage unissant, propre à étendre la paupière raccourcie, dans un sens contraire à celui de la cicatrice. C'est une pratique que l'on ne doit négliger dans aucun cas, avant d'entreprendre l'opération dont il est question.

Tout étant ainsi disposé, et le malade assis si c'est un adulte, ou couché sur une table si c'est un enfant, des aides habiles le tiennent ferme. Le chirurgien prend un petit bistouri à tranchant convexe, incise assez profondément, le long du tarse, la membrane interne des paupières, ayant soin de ne pas offenser les points lacrymaux; puis avec une pince il soulève le lambeau de membrane fongueuse incisée, et continue à la séparer avec le même bistouri, des parties subjacentes dans toute l'étendue de la surface interne de la paupière, selon l'usage dans les préparations anatomiques, jusqu'à ce que la séparation soit parvenue au point où cette membrane se dispose à s'éloigner de la paupière pour se réfléchir sur l'hémisphère antérieur du globe de l'œil, sous le nom de *conjonctive*. La section parvenue à ce point, et cette membrane davantage soulevée

avec les pinces, le chirurgien la séparera entièrement d'un seul ou de deux coups de ciseaux, en rasant le lieu le plus profond de la paupière. Ensuite on appliquera l'appareil déjà plusieurs fois indiqué. Ce n'est qu'une compresse soutenue d'un bandage unissant, propre à faciliter par sa direction le retour de la paupière renversée, vers le globe de l'œil. Un jour ou deux après l'opération, on trouve, au premier pansement, la paupière opérée, redressée en grande partie, et une grande diminution dans la difformité qu'elle produisoit. Il est rare que cette opération soit suivie de symptômes graves, de vomissemens, de fortes douleurs et d'inflammation vive : néanmoins un lavement opiatique remédieroit au vomissement, s'il avoit lieu. Quant à la douleur et à l'inflammation avec engorgement notable de la paupière opérée, on calme ces accidens en recouvrant la partie d'un emplâtre ou de sachets d'herbes émollientes, combinées avec les anti-phlogistiques internes, jusqu'à ce que l'inflammation et le gonflement n'existant plus, la suppuration commence sur toute la surface interne de la paupière opérée. A la première apparition de la suppuration, le traitement ne consistera plus qu'à laver, deux fois le jour, les parties avec la décoction d'orge mêlée de miel rosat; enfin, à toucher de temps en temps la

plaie avec le nitrate d'argent fondu, afin de contenir la granulation dans certaines bornes, solliciter qu'elle se cicatrise de manière à retenir la paupière parfaitement redressée, dans sa position naturelle.

XX^e OBSERVATION.

Une jeune paysanne, âgée de vingt ans, d'une constitution grêle, chlorotique et d'une fibre lâche, après une ophthalmie opiniâtre, resta avec la paupière inférieure de chaque œil renversée en dehors dans une étendue de deux lignes. Outre que ce vice déformoit la face de la malade, il occasionnoit sur la joue l'écoulement d'un mélange de larmes et de matière puriforme. Le bord renversé en dehors des deux paupières inférieures étoit rougeâtre, un peu relevé et fongueux.

Ce fut en vain que j'employai, pendant une semaine, l'usage des collyres astringens; je pris le parti de cautériser profondément et d'ulcérer le bord interne de l'une et de l'autre paupière renversée. Je les écartai de l'œil l'une après l'autre; je les essuyai avec soin; j'appliquai le nitrate d'argent, sur la fongosité superficielle de leur bord interne, en appuyant assez fort pour faire escarre, que je couvris d'une couche d'huile en lavant successivement l'œil de la malade avec du lait frais. Ce moyen curatif fut appliqué six

fois à différens intervalles, et toujours avec les signes évidens d'un bon succès, si bien que, dans l'espace de vingt jours j'eus la satisfaction de voir chez cette malade le bord libre des deux paupières remonté à sa place. Après la guérison, le collyre vitriolique fut encore long-temps employé comme préservatif.

XXI^e OBSERVATION.

Une petite fille de neuf ans, Joséphine Miléri, de Pavie, étoit d'une constitution malsaine. Elle s'enfonça par mégarde la pointe d'un couteau à travers la cornée de l'œil droit. Les suites furent une cicatrice difforme, une ophthalmie chronique qui dégénéra peu à peu en une énorme tuméfaction de la membrane interne de la paupière qui fut renversée en dehors. Cet accident rendoit rebutant l'aspect de cette malheureuse enfant. Quelques mois après l'apparition de l'éraillement, la malade fut conduite dans cette école clinique : elle n'accusoit pas même de douleur, toutes les fois qu'avec le bout du doigt on touchoit la fongosité qui avoit poussé et renversé la paupière en dehors.

Je commençai le traitement par emporter, avec les ciseaux à cuiller, toute cette fongosité; par recouvrir la partie d'un linge fin sur lequel on avoit étendu un onguent fait avec l'huile et la

cire : j'appliquai un plumaceau et un bandage unissant. Quatre jours après, à la levée du premier appareil, la paupière inférieure étoit déjà notablement remontée. Le lendemain, la suppuration parut sur tout le trajet de l'excision. La paupière inférieure resta, pour ainsi dire, stationnaire pendant une semaine. Après ce temps, la plaie commença à se cicatriser, et conséquemment à se resserrer. Alors la paupière inférieure remonta d'un pas égal; elle avoit repris sa position lorsque la cicatrice fut complète.

Pendant tout le traitement, qui dura un mois environ, on n'employa d'autre remède externe que les douches avec la décoction d'orge mêlée de miel rosat, et le nitrate d'argent quand la granulation des ulcères se soulevoit trop. Ensuite on retira un grand avantage de l'administration interne d'un électuaire fait avec le kina et le sulfure d'antimoine avec le mercure. La cicatrice des ulcères provoqués sur le bord interne des paupières se forma : j'ordonnai encore pendant quelques semaines l'usage, matin et soir, de l'onguent ophthalmique de Janin, afin de fortifier les vaisseaux variqueux de la conjonctive de l'œil primitivement affecté. Le succès fut aussi heureux que je l'espérois : la vaste tache de la cornée priva totalement l'enfant de la vue du côté droit : mais elle n'eut plus d'éraillement.

XXI^e OBSERVATION.

Un paysan, âgé de trente-huit ans, eut un érysipèle à la face; la paupière et le soureil de l'œil gauche se gonflèrent beaucoup : l'inflammation se termina par suppuration; et dans son issue, le pus se fit jour, en perçant, dans trois points distincts, la paupière supérieure proche l'arcade sourcilière. Dans le dessein de hâter la guérison des ulcères, le chirurgien se détermina à fendre et à enlever avec le tranchant toutes les ouvertures qui procuroient l'écoulement du pus. Soit que, dans cette opération, on ait emporté une portion des tégumens de la paupière, soit que le pus en ait trop détruit; à mesure que les ulcères approchoient de leur guérison, on observa que la paupière supérieure étoit de plus en plus retirée en haut, et renversée, qu'enfin elle ne couvroit plus le globe de l'œil. C'est pour cela que sa membrane interne, long-temps exposée au contact de l'air, à la dessiccation, se gorgea et finit par dégénérer en une substance fongueuse. Pour remédier de mon mieux à cet inconvénient, après avoir fait asseoir le malade, selon ma coutume pour l'opération de la cataracte, avec un bistouri à tranchant convexe, j'essayai de séparer la membrane interne fongueuse de la paupière, en commençant l'incision proche l'angle

externe de l'œil, et en continuant à fendre jusque près de l'angle interne, épargnant toujours l'endroit où se trouve le point lacrymal supérieur; puis je saisis avec les pinces la membrane fongueuse, et, poursuivant ma dissection, je la séparai de toute la surface interne de la paupière, jusqu'où la membrane interne est prête à se jeter sur l'hémisphère antérieur du globe de l'œil, pour y former la conjonctive.

Je n'eus pas plutôt séparé cette membrane fongueuse, que la paupière supérieure tombée sur l'œil, recouvra presqu'en entier sa première figure. La perte du sang fut peu considérable; mais, après l'opération, le malade fut pris d'un vomissement qui dura deux heures, et qui ne céda qu'à l'usage abondant de l'opium pris par la bouche et en lavement.

Dans les jours suivans, la paupière présenta une tuméfaction médiocre, qui céda cependant lorsque sa face interne eut commencé à suppurer. Quatorze jours après l'opération, le malade se trouva aussi parfaitement guéri que le comportoit la nature du cas.

L'œil n'étoit plus défiguré, quoique la paupière supérieure gauche fût réellement un peu plus courte que la droite. Le malade pouvait l'élever, la déprimer à volonté, et l'adosser contre le globe de l'œil : dans la suite, quand il vouloit

fermer tout-à-fait l'œil gauche, il élevoit la paupière inférieure au-delà de ses bornes ordinaires. De cette manière il suppléoit au défaut de longueur de la paupière supérieure.

XXIII^e OBSERVATION.

Au commencement d'octobre 1790, un enfant de dix ans se coucha, pendant la nuit, enveloppé dans un drap sur lequel on avoit battu des épis de froment. Au jour, il se réveilla avec les paupières de l'œil gauche gonflées et douloureuses. Malgré l'usage des topiques émolliens, il se forma un abcès sur la paupière supérieure gauche; il se fit jour au dessus du sourcil vers la tempe, et il y resta un trou qui ne put jamais être fermé ni cicatrisé, quelque moyen de l'art qu'on ait employé. Successivement la paupière supérieure gauche commença à se renverser, et sa membrane interne à se gonfler, saillir au dehors, et l'éraillement devenir de plus en plus horrible.

Vers le milieu de juin 1791, huit mois environ depuis la première apparition des accidens, l'excroissance fongueuse faite dans la membrane interne de la paupière gauche couvroit une bonne partie de l'hémisphère supérieur du globe de l'œil, et tenoit la paupière supérieure tellement renversée, que son bord, surtout vers la tempe,

se trouvoit peu distant du sourcil. Avec le bout du doigt je pressai en bas la paupière qui se prêtoit facilement : je m'aperçus qu'elle auroit recouvert parfaitement l'œil, sans la présence de ce corps intermédiaire formé par la fongosité de sa membrane interne.

Cette fongosité étant assez desséchée et comme calleuse, j'ordonnai qu'on la couvrît, pendant vingt-quatre heures, d'un cataplasme de mie de pain et de lait. Je l'emportai ensuite toute entière d'un seul coup de ciseau, sans léser le point lacrymal supérieur.

La rescision finie, il se présenta dans le repli de la fongosité un morceau de paille de froment de la longueur presque d'un pouce sur une demi-ligne de largeur. Après avoir enlevé tout l'excédent de la membrane interne fongueuse, la paupière descendit sur l'œil, jusqu'à le couvrir convenablement. L'opération ne fut suivie d'aucun symptôme remarquable, et l'enfant sortit de l'hôpital, dix jours après, guéri, sans autre défaut qu'une petite élévation de la paupière supérieure gauche vers l'angle externe, où l'abcès s'étoit crevé [1].

Comme il n'est pas douteux que la paille étoit la cause de la non cicatrisation de l'ulcère, dix mois après l'ouverture spontanée de l'abcès; de même il y a de quoi s'étonner que ce corps étranger se

[1] PLANCHE I, fig. I.

soit insinué par force entre la membrane interne de la paupière, sans que l'enfant se soit réveillé lors d'une telle violence.

XXIV^{e} OBSERVATION.

Joseph-Antoine Scanarotti, âgé de trente-six ans, habitant de la campagne, dans le voisinage de Stradella, portoit depuis long-temps un porreau près l'arcade inférieure de l'orbite droite. Ce tubercule commença, en janvier 1795, à causer de la douleur. Un chirurgien du pays appliqua un cérat qui, deux jours après, occasionna un érysipèle qui s'étendoit sur toute la partie droite de la face. Alors on changea d'indication ; et l'érysipèle commençoit à peine à diminuer, qu'on cautérisa profondément le tubercule au moyen du fer rouge. L'escarre fut recouverte d'un cataplasme de mie de pain et de lait, continué pendant plusieurs jours de suite. Lorsqu'elle fut isolée, on vit une plaie simple qui se cicatrisa dans le cours de deux mois [1]. Cette cicatrice fit que la paupière inférieure resta quelque peu retirée en bas en dehors. Successivement sa membrane interne

[1] Cette observation est consignée dans le premier volume, IV^{e} partie, page 806, d'un Journal traduit de l'allemand par Thomas *Volpi*, et qui a pour titre : *Bibliotheca della più recente letteratura medico-chirurgichà.* (LÉVEILLÉ.)

commençà à se soulever et à devenir fongueuse; enfin, deux ans environ après cet accident, la fongosité de la membrane interne de la paupière inférieure fit tant de saillie, que le renversement étoit aussi complet qu'il est représenté dans la première figure de la seconde Planche. Le malade, grandement défiguré, larmoyant toujours, se transporta dans cet hôpital le 29 décembre 1797.

En pressant avec le bout du doigt la paupière inférieure de bas en haut, je reconnus que la peau permettoit de la conduire presque dans sa position naturelle: d'où je conçus la possibilité d'améliorer le sort de ce pauvre homme. Eu égard à la consistance dure et coriace de la fongosité de la paupière renversée, je la fis recouvrir, pendant trois jours consécutifs, avec un linge enduit d'un onguent fait avec l'huile et la cire; puis, pardessus, je fis appliquer un cataplasme de mie de pain et de lait.

Le 3 janvier 1798, le malade étant assis, à l'aide d'un bistouri à tranchant convexe, et d'une pince, je lui fis une incision le long du bord interne du tarse, d'un angle à l'autre de la paupière inférieure, en épargnant le point lacrymal. Continuant à séparer en bas la membrane interne de cette même paupière, j'enlevai toute la fongosité. La plaie fut ensuite recouverte d'un petit linge enduit d'un mélange d'huile et de cire;

pardessus je mis une compresse assez relevée, qui s'étendoit du zygoma à la paupière inférieure; je serrai le tout au moyen d'un bandage unissant, dirigé comme le *monoculus.*

Le sixième jour, l'appareil fut levé pour la première fois. Je trouvai que la paupière inférieure avoit fait plus que des deux tiers du chemin vers sa position naturelle. Je fis des lotions sur la partie avec de l'eau de mauve tiède, et je réappliquai le même appareil.

Le neuvième, la paupière inférieure avoit remonté vers le globe de l'œil, plus que dans les jours antécédens. L'ulcère étoit trop granuleux sur la face interne des paupières : je le touchai fortement avec le nitrate d'argent fondu, en recouvrant aussitôt l'escarre d'une couche d'huile.

Les 10, 11 et 12, rien de nouveau : la cicatrice commençoit à se former proche le bord interne du tarse.

Les 13, 14 et 15, vers l'angle interne de l'œil, je touchai l'ulcère avec le nitrate d'argent.

Le vingt-unième jour, après trois ou quatre jour de lotions avec l'eau de chaux et le miel rosat, la cicatrice devint parfaite. La paupière se trouva à son plus haut degré d'élévation, et telle qu'on la voit dans la deuxième figure de la seconde Planche. Cette différence, petite cependant, que l'on observe encore dans cette figure, étoit pro-

portionnée à la perte déjà faite des tégumens, où il y avoit cicatrice; perte que ne peut réparer aucun moyen connu jusqu'alors. Enfin, cette opération fit que le malade n'étoit plus difforme: le larmoiement avoit disparu de son œil droit.

XXVe OBSERVATION.

Marie-Thérèse Zecone, de Marcignano, avoit six ans lorsqu'elle fut affectée d'un charbon malin sur la partie inférieure et un peu latérale de la paupière inférieure droite. Une grande portion des tégumens fut détruite; il en résulta une cicatrice difforme et distendue, qui renversa par la suite considérablement la paupière inférieure droite. Cette enfant, déjà adulte, avoit seize ans lorsque j'examinai son œil. Le renversement étoit pour le moins de cinq lignes; les larmes s'écouloient incessamment sur la joue droite. On ne pouvoit pousser que dans une foible étendue la paupière affectée en haut vers le globe de l'œil, à cause du tiraillement, du froncement de la cicatrice inférieure, et particulièrement vers l'angle externe de l'œil. Le défaut remarquable des tégumens et la rigidité de la cicatrice ne me permettoient pas d'espérer un traitement très-satisfaisant. De toutes manières, je voulus essayer d'améliorer le sort de cette pauvre malade, qui fut couchée dans cet hôpital, le 17 décembre 1799.

Afin de rendre la cicatrice et les tégumens de la paupière renversée plus flexibles, plus souples que possible, je les fis enduire de graisse plusieurs fois le jour, et recouvrir du bandage unissant, de manière qu'il fît allonger la peau de la joue et de la paupière affectée, de bas en haut. Cette précaution fut extrêmement avantageuse, et continuée jusqu'au vingt-deuxième jour du même mois.

Le 23, j'opérai, en incisant, avec le bistouri à tranchant convexe, la membrane interne fongueuse de la paupière renversée, rasant le tarse, de l'angle externe vers l'interne, en épargnant le siége du point lacrymal inférieur; puis je soulevai avec des pinces cette membrane interne fongueuse de la paupière; elle étoit déjà en grande partie séparée et libre presque jusqu'où elle commence à se changer en conjonctive : d'un seul coup de ciseau je la séparai entièrement du reste. j'ordonnai à la malade de fermer l'œil le plus qu'il lui fut possible; je le recouvris d'un plumaceau de charpie sèche pour réprimer le sang, et je maintins la paupière rapprochée du globe de l'œil, au moyen du bandage unissant.

Deux jours après, je levai ce premier appareil : je trouvai la paupière inférieure redressée, sensiblement remontée vers le globe de l'œil. La plaie fut lavée avec l'eau tiède et recouverte de nouveau d'un linge fin enduit d'huile et de cire, et

du bandage unissant, dirigé de manière à porter toujours davantage de bas en haut les tégumens de cette même paupière.

Le 27, la suppuration parut abondante; la plaie montra de la tendance à devenir fongueuse, et, le 29, cette fongosité s'opposoit encore beaucoup plus évidemment au plus grand redressement possible que l'on pouvoit obtenir de la paupière : c'est pourquoi j'excisai d'un trait toute cette fongosité, en me servant des ciseaux à cuiller.

Le premier janvier 1800, la suppuration reparut assez abondante; la plaie fut détergée plusieurs fois le jour avec la décoction d'orge mêlée de miel rosat.

Le 5, j'ordonnai que le soir on appliquât sur la surface interne de la paupière opérée l'onguent ophthalmique de Janin. Mon intention étoit de réprimer cette tendance continuelle qu'avoit eue la plaie à devenir fongueuse. Ce remède fut employé jusqu'au dixième jour.

A cette époque, la paupière étoit déjà remontée presqu'entièrement jusqu'au point où il étoit possible qu'elle parvînt. Elle embrassoit si bien l'hémisphère inférieur du globe de l'œil, que les larmes ne couloient plus sur la joue.

Du 10 au 20, le pansement consista à toucher quelquefois la plaie avec le nitrate d'argent fondu,

et à la laver avec la décoction d'orge mêlée de miel. Ces moyens procurèrent une parfaite cicatrice.

Le 22 du même mois, la jeune fille est sortie de l'hôpital, assez contente de son nouvel aspect. Il ne lui restoit d'autre défaut que celui dépendant du raccourcissement de la paupière inférieure : elle n'étoit cependant pas fortement sensible, à moins que cette personne ne regardât en haut.

Remarques du Traducteur.

Les XXII^e et XXIII^e Observations consignées dans ce Chapitre nous fournissent deux exemples de maladies désignées sous le nom de *lagophthalmes* qui ne sont autre chose qu'un éraillement de la paupière supérieure. On a vu combien le traitement qu'on leur a opposé diffère de celui recommandé par Celse, et par tous les écrivains qui l'ont copié. En effet, les préceptes décrits par Celse ont tellement occupé tous les praticiens, qu'il n'en est guère qui ne les ait prônés. Plusieurs d'entr'eux pensèrent au mode à employer pour tenir toujours écartés les bords de l'incision semi-lunaire que Celse propose de pratiquer sur la paupière raccourcie et renversée en dehors, afin de la tirer en bas et de l'appliquer plus parfaitement sur l'œil, par le relâchement que cette opération

opération devoit procurer, et de la pouvoir enfin maintenir dans une situation favorable. On a imaginé, pour cet effet, divers instrumens et plusieurs bandages, sans penser qu'entre les bords d'une plaie qui ne se réunit pas il n'y a jamais réproduction des parties molles; que la nature ne cicatrise jamais une plaie que par la réunion des parties divisées, en fronçant la peau. Nous dirons ici, avec Scarpa, que la nature montre dans ce travail une telle puissance, que souvent elle ne comprime, ne dissout, ne chasse au dehors que les corps qui, accidentellement ou à dessein, ont été portés entre les bords d'une plaie, et dont la présence rendroit plus tardive et plus lente la guérison que l'on cherche à obtenir. C'est ce qu'elle exécute avec le succès le plus heureux. Ces lois de la nature bien pesées, bien reconnues par une expérience longue et continuée, il paroît clair que cette incision semi-lunaire, ainsi que tous les efforts et tous les moyens proposés pour allonger la paupière divisée, ne peuvent être d'aucun avantage pour l'objet curatif, parce que la paupière se raccourcit et se renverse de nouveau en dehors, à mesure que l'incision semi-lunaire s'approche de la cicatrisation, avec la différence seulement qu'il reste alors en arrière une cicatrice qui rend beaucoup plus difforme qu'auparavant la paupière renversée.

C'est donc avec raison que Bordenave, Fabre, s'élevèrent contre cette méthode et ses partisans. Guidés par la raison et par l'expérience, ils démontrèrent qu'il étoit mieux et plus convenable au but que l'on se proposoit, de suivre une méthode diamétralement opposée, en exécutant l'incision, non en dehors, mais bien sur la membrane interne de la paupière affectée, qui, devenue libre au moyen de cette incision, est entraînée vers la partie opposée, à mesure que la cicatrice se fait. De cette manière la paupière recouvre en tout ou en partie sa position et sa première configuration. Les praticiens célèbres dont je viens de rapporter l'opinion, furent précédés par Maître-Jan, dont l'Ouvrage sur les maladies de l'œil est encore meilleur que tous ceux publiés jusqu'à ce jour. Cet écrivain nous dit : « Si « cette maladie vient d'une excroissance de chair. « (*insensiblement engendrée dans la partie in-« térieure de la paupière*) [1]; si cette chair est « fongueuse et petite, on la pourra consommer « et dessécher par le moyen des remèdes proposés « ci-devant pour de semblables excroissances. « Si, au contraire, elle est vicieuse et dure, on « pourra l'ôter, en la coupant avec la pointe des « ciseaux, pourvu qu'on reconnoisse qu'elle ne

[1] Maitre-Jan, Traité des Maladies de l'œil, chap. XXI, pag. 507.

« soit nullement chancreuse, prenant garde d'of-
« fenser le corps de la paupière : même, pour la
« couper plus facilement, on pourra, comme
« nos auteurs l'enseignent, passer une aiguille
« enfilée au travers de la base, et former avec
« les deux bouts du fil une anse avec laquelle
« on l'élèvera pendant qu'on la coupera petit à
« petit, ou avec le bistouri courbe, la lancette
« ou la pointe des ciseaux, se servant ensuite des
« remèdes dont j'ai parlé à l'occasion des ver-
« rues. »

N'y eût-il que la beauté qui gagnât à cette méthode, elle devroit l'emporter sur celle de Celse : mais elle nous procure un double avantage; car non-seulement elle met en sûreté l'organe le plus noble, mais encore elle contribue à son embellissement. Comment se rendre raison du vomissement qu'éprouva, pendant deux heures après son opération, le malade dont il est parlé dans la XXIV^e^ Observation ? L'expérience nous dit que ce symptôme se manifeste quelquefois après la dépression de la cataracte : dans ce cas, on peut l'attribuer à la lésion des tuniques de l'œil, et, en particulier, à celle des nerfs ciliaires. Mais que ce même symptôme, peut-être plus rare, survienne à la suite d'une extirpation d'une partie de la membrane interne des paupières, c'est un

phénomène très digne de fixer l'attention des praticiens.

Ces éraillemens des paupières, effets de cicatrices, sont quelquefois sans intumescence de la membrane interne; et cette disposition n'a probablement lieu que quand la difformité est peu remarquable. Chez les enfans, on voit diminuer peu à peu un tel renversement au point que, dans un âge un peu avancé, il n'est presque plus apparent. Dans les derniers jours de février 1804, j'ai été appelé rue de la Fontaine, n°. 9, pour voir mademoiselle D..., agée de 12 ans, et élevée pour être danseuse de l'Opéra. Par suite de cette destination à une telle profession, la mère désiroit voir disparoître un éraillement que sa fille portoit, depuis son enfance, dans le milieu de la paupière inférieure gauche. C'étoit la suite d'une brûlure, et on voyoit une cicatrice au-dessous du bord libre qui étoit échancré et dépourvu de cils. Les larmes couloient sur la joue, et on me consulta pour savoir comment on parviendroit à changer cet état. Je proposai de toucher la membrane interne rouge et non tuméfiée, avec le nitrate d'argent fondu. Cette idée fut goûtée par mon confrère M. Demours dont je demandai l'avis. D'après les détails dont nous désirâmes être instruits, il nous fut possible de reconnoître que depuis que cette jeune personne prenoit de

l'accroissement, l'éraillement diminuoit. C'étoit une observation que M. Demours avoit plusieurs fois faite dans sa pratique, qui, à juste titre, est fort étendue. C'étoit une raison de plus pour espérer davantage en faveur du cas dont il s'agissoit. Il fut décidé que je ferois seulement usage de la pierre infernale. La mère, insouciante, n'assista pas même à notre consultation; je ne pus même la revoir quand je fus appelé de nouveau. Dès lors j'ai laissé son enfant, et je n'ai plus entendu parler de personne. Au moins j'ai pu me convaincre que l'engorgement de la membrane interne de la paupière inférieure n'existe pas toujours dans les éraillemens peu considérables, qui peuvent diminuer beaucoup avec l'âge et peut-être disparoître tout-à-fait.

Il est des tumeurs qui se développent dans le tissu mince de la peau de la paupière inférieure depuis l'angle interne jusqu'à l'externe. Elles prennent promptement un caractère cancéreux et l'extirpation est indispensable si on veut éviter pour la suite une maladie horrible, une érosion totale de la paupière. L'excision de ces tumeurs est assez souvent suivie d'un éraillement, incommodité moins grande que celle qui dépendroit des progrès ultérieurs de la maladie principale. Dans un cas de nécessité, j'ai pratiqué cette opération, il y a environ dix ans, et j'ai obtenu une

guérison parfaite, à un éraillement près, vers l'angle interne, qui n'a jamais été trop fâcheux. Ces tumeurs cancéreuses s'observent assez fréquemment, et s'ulcèrent assez vite en prenant un caractère rongeant. J'ai obtenu une cure momentanée à l'aide des escharotiques chez une dame aujourd'hui presqu'octogénaire. Il y a treize ans qu'elle étoit confiée à mes soins; elle s'en retourna en province paroissant parfaitement guérie. Un an après, le chancre s'est prononcé de nouveau; il a fait des progrès affreux, et aujourd'hui tout l'œil gauche est dévoré depuis long-temps. C'est ce retour de maladie qui me détermina, il y a dix ans, à extirper le bouton chancreux dont je viens de parler, et je n'eus pas lieu de me repentir du parti que j'avois pris malgré l'éraillement consécutif qu'il étoit impossible de ne pas prévoir.

En octobre 1805, je fus également consulté pour une demoiselle âgée de soixante ans environ; elle portoit au dessous de la paupière gauche un tubercule à surface inégale, raboteuse ou bosselée, de couleur brunâtre et légèrement variqueuse. Depuis une quinzaine d'années, le bord libre de cette même paupière étoit dépourvu de cils, garni de petits ulcères et prodigieusement tuméfié et douloureux. Après avoir employé les moyens convenables pour opérer un

dégorgement qui eut effectivement lieu, je proposai d'extirper la tumeur mobile encore, séparée du bord libre malade par un peu de peau saine. Je craignois les suites de l'ulcération de cette tumeur dont on ne pouvoit méconnoître le caractère. Un fait assez extraordinaire que je ne dois pas passer sous silence, c'est que plusieurs oculistes connus, parmi lesquels il s'en trouve un recommandable par sa juste célébrité, craignirent seulement pour une fistule lacrymale et consultèrent en conséquence. Je dois aussi avouer que M. Demours, absent de la capitale, ne put être appelé. Nullement satisfait de l'avis que cette dame avoit reçu de ces oculistes, je demandai celui de MM. Sabatier, Dubois et Boyer qui virent isolément la malade, et qui adoptèrent exclusivement mon projet. Ce ne fut pas moi qui opérai; car j'aurois enlevé la tumeur, comme s'il eût été question d'un kyste. On se contenta de l'exciser au niveau de la peau, et de recouvrir la base saignante de poudre arsénicale, d'une toile d'araignée et d'amadou. L'inflammation fut des plus vives pendant sept à huit jours, et derrière la croûte la suppuration s'est établie, le pus s'est écoulé par les côtés. Après quinze jours, cette même croûte est tombée; on a vu un ulcère superficiel auquel je faisois un pansement simple et qui s'est promptement cicatrisé. Il n'y a pas

eu le plus léger éraillement, comme nous nous y attendions.

Peu de temps après cette cicatrice s'est tuméfiée ; une autre tumeur s'est prononcée vers l'angle interne, où l'épaisseur de la paupière étoit prodigieuse ; la poudre arsénicale a été appliquée dans l'intention de détruire tout le tissu de cette partie ; et pour garantir le globe de l'œil de toute impression, on avoit interposé entre lui et la paupière une feuille très-souple de plomb. Après des douleurs très-vives, le résultat a été le même que lors de la première application du caustique, et mademoiselle .... a toujours conservé l'ulcération fâcheuse de la paupière. Je pense que l'excision, l'extirpation sont préférables aux caustiques dans ces cas, quelque crainte qu'on ait de l'éraillement. Cette malade s'est rendue dans ses foyers avec le regret de n'avoir été que très-foiblement soulagée, après six mois de séjour à Paris. J'apprends dans ce moment que son œil est toujours très-douloureusement affecté. Je puis dire qu'aucun des remèdes internes extrêmement variés que j'ai administrés après avoir consulté avec MM. Malöet et Lafisse, n'ont pas eu plus de succès que nos opérations chirurgicales. Je conclus donc que, quelque soit l'éraillement consécutif, ces tumeurs évidemment cancéreuses doivent être excisées, et non cautérisées, sans égard pour toute autre difformité. (LÉVEILLÉ.)

CHAPITRE VII.

De l'Ophthalmie.

Il y a deux espèces d'ophthalmies : l'une est *aiguë*, et vraiment inflammatoire, par excès de *stimulus* et de réaction du solide vivant ; l'autre est *chronique*, ou par foiblesse (celle-ci est le plus souvent partielle) des vaisseaux de l'œil ou de ceux des paupières ; d'autrefois elle est partielle et universelle. C'est avec assez de raison que les médecins arabes appeloient la première ophthalmie *chaude*, et qu'ils désignoient la seconde sous le nom d'ophthalmie *froide*.

Cette distinction, fondée sur l'observation, sur l'expérience, est le guide le plus certain que nous ayons dans le traitement de l'ophthalmie ; car la première espèce demande invariablement l'usage des remèdes généraux anti-phlogistiques, et des topiques émolliens et doux : l'autre exige l'application des topiques astringens et corroborans, seuls, ou unis aux toniques internes, propres à fortifier toute la constitution du malade.

Outre cette distinction, il est, à mon avis, de la plus grande importance, pour bien diriger cette maladie, de savoir que l'ophthalmie *aiguë*

véritablement inflammatoire, quoique traitée à l'aide des moyens les plus efficaces que l'art possède, ne se résout jamais si complétement que, passé certaine période et l'inflammation étant tout-à-fait terminée, il ne reste dans la conjonctive et dans les parties adjacentes quelque peu d'ophthalmie *chronique* par foiblesse locale; ce qui est le produit de la distention soufferte par les vaisseaux de l'œil durant la période de l'inflammation, ou ce qui est occasionné par l'accroissement morbifique de la sensibilité de tout l'organe de la vue. Cette sensibilité morbifique persistant dans l'œil, même après la cessation entière de l'ophthalmie *aiguë* inflammatoire, maintient dans l'organe même et dans les parties voisines un flux morbifique, un engorgement lent du sang et de la lymphe épaissie, qui en impose facilement à ceux qui ont moins d'expérience dans des cas semblables, parce qu'elle leur fait croire que l'inflammation des yeux n'est pas encore dissipée lorsqu'elle l'est effectivement.

J'ai pu m'assurer un très-grand nombre de fois, d'après ma pratique et celle des autres, de la grande importance de cette observation, pour déterminer avec précision au lit des malades, non-seulement l'espèce, mais encore le stade différent de l'ophthalmie, et conséquemment le choix des remèdes les plus convenables pour chacune de

ses périodes : car j'ai souvent remarqué que les chirurgiens qui, d'après ces principes, ou guidés seulement par une longue expérience, savent saisir à propos le moment dans lequel l'ophthalmie *aiguë* se change en *chronique* par foiblesse, arrivent promptement à la fin du traitement, en substituant les topiques astringens et corroborans aux émolliens et aux relâchans; tandis que d'autres chirurgiens moins instruits ou observateurs peu attentifs, trompés par les apparences, continuent l'usage des remèdes émolliens et doux, et perpétuent dans l'œil la turgescence des vaisseaux, la rougeur de la conjonctive qu'ils supposent aussi enflammée que dans le principe. C'est précisément pour cela que tout charlatan peut se vanter d'avoir guéri des ophthalmies rebelles avec son eau merveilleuse; tandis qu'il trompe le public quand il la lui vend comme un spécifique contre toutes les ophthalmies en général, puisque ce collyre qui fait dissiper promptement l'ophthalmie dans la seconde période, ne fait que l'exaspérer dans la première. Lisons ce que Hoffmann a écrit à ce sujet [1] : *Ausim dicere plures visu privari et imperitiâ applicandi topica, quàm ex ipsâ morbi vi ac magni-*

[1] Dissertatio de erroribus vulgaribus circa usum topicorum in praxi. §. 7.

tudine ; ce qui est principalement applicable à l'ophthalmie.

Pour rendre plus évidens ces préceptes généraux relatifs à l'ophthalmie; en même temps pour les mieux faire saisir aux jeunes chirurgiens, je crois nécessaire d'entrer dans quelques détails minutieux sur les phénomènes de cette maladie, d'ailleurs fréquente et assez connue.

L'ophthalmie inflammatoire *aiguë* est ou légère ou forte; toutes les deux sont accompagnées des mêmes symptômes qui caractérisent les inflammations des autres parties, jointes à la série d'autres incommodités qui proviennent de la lésion des fonctions de l'organe de la vue.

Dans l'ophthalmie aiguë légère, l'intérieur des paupières, le blanc de l'œil rougissent plus que de coutume, et le malade accuse dans les yeux un sentiment de chaleur plus grand que celui qui est naturel, avec pesanteur, prurit, piqûre, comme si quelques parcelles de sable fin lui étoient entrées furtivement dans les yeux. Dans cette partie du globe de l'œil où cette piqûre est plus sensible, il s'élève constamment un petit faisceau de vaisseaux sanguins de la conjonctive; il est plus relevé et plus gorgé que tous les autres petits vaisseaux du même ordre. Le malade tient volontiers ses paupières entr'ouvertes, parce qu'il éprouve de la roideur et de la gêne à les ou-

vrir, et parce que de cette manière il modère l'action de la lumière, à laquelle il ne peut trop s'exposer sans sentir s'accroître cette chaleur brûlante dans les yeux, la piqûre et le larmoiement. Si le malade est très-sensible, son pouls est un peu accéléré, la peau est aride, il se manifeste des frissons passagers, et, dans quelques cas, de la nausée et de la propension au vomissement.

Ce mal est souvent d'un caractère rheumatique; je veux dire que, vulgairement parlant, ce n'est qu'un refroidissement de la tête, avec fluxion à laquelle les yeux prennent part aussi bien que les sinus pituitaires, la cavité de la gorge et la trachée-artère [1]. Assez souvent les variations fréquentes de l'atmosphère occasionnent une telle fluxion; le passage imprudent du chaud au froid, l'empire des vents du nord, les voyages pendant l'été dans des lieux humides, malsains ou sablonneux; la longue exposition des yeux aux rayons vifs du soleil, et d'autres causes semblables, produisent cette maladie. Quiconque les considérera attentivement ne s'étonnera pas si l'on observe fréquemment cette maladie être épidémique, et attaquer indistinctement les personnes de tout âge et de tout sexe. Il est des cas particuliers dans lesquels la cause principale de cette mala-

[1] L'auteur entend parler des ophthalmies par cause catarrhale.

die réside dans l'estomac et dans les premières voies embarrassées, comme il arrive fréquemment chez les sujets foibles, mal nourris, ou chez ceux qui se livrent trop à la crapule et à l'usage d'alimens forts et indigestes. Il est facile de reconnoître cette cause en examinant de près l'habitude du corps et la manière de vivre du malade : la nausée qu'il accuse, la tendance au vomissement ou la répugnance pour toute nourriture animale, la douleur de tête en manière d'hémicranie, la langue chargée, l'haleine fétide, les flatulences continuelles sont autant d'indices certains de cet état saburral. On peut encore joindre aux causes qui produisent cette maladie la suppresion de quelque écoulement sanguin périodique : tels seroient les flux menstruel chez les femmes, hémorroïdal chez les hommes, ou de celui des narines.

L'ophthalmie aiguë légère se guérit promptement avec la diète, en purgeant doucement le malade, auquel on fait prendre un grain de tartrite de potasse antimonié, dissous dans une livre et demie de décoction de racine de gramen : on l'administre à doses réfractées, et on le répète avec l'attention qu'il ne purge pas excessivement. Lorsqu'ensuite on a fait son possible pour reconnoître que la maladie n'est compliquée de la présence d'aucun corps étranger entre

les paupières et l'œil, le traitement extérieur consiste à le laver fréquemment avec l'eau de mauve tiède, et dans l'application réitérée de sachets d'herbes émollientes bouillies dans du lait frais [1]. Si d'après ses signes exposés plus haut, on reconnoît que l'ophthalmie dérive en tout ou en partie de l'état saburral de l'estomac et des premières voies, rien n'est plus propre à déraciner le mal que le prompt usage du tartrite de potasse antimonié. Toutes les fois aussi que l'ophthalmie sera l'effet en tout ou en partie de la suppression des règles, des hémorroïdes ou de l'écoulement naturel du nez, on retirera un grand avantage de l'application des sangsues à la vulve ou aux vaisseaux hémorroïdaux, et, dans le dernier cas, aux ailes du nez; n'oubliant jamais de recouvrir les yeux affectés avec les topiques doux et émolliens; et cela avec d'autant plus d'exactitude, que les symptômes de l'inflammation, la chaleur et l'ardeur surtout, sont plus opiniâtres.

Il est d'ordinaire qu'au moyen de ce traitement, on voie cesser, dans l'espace de quatre ou cinq jours, le stade inflammatoire de l'ophthalmie *aiguë* bénigne. Cet effet est évident quand on observe que le malade ne se plaint plus de ce sentiment incommode d'ardeur dans les yeux,

[1] Ces sachets se font utilement d'un voile très-fin, au lieu de toile de lin.

de cette pesanteur, de ce resserrement et de ces piqûres qu'il accusoit dans le principe; et qu'au contraire il éprouve du calme et de la facilité à ouvrir les yeux; qu'il soutient une lumière modérée sans accroissement de larmoiement ou de chassie, outre celle que l'on observe toujours à la fin de l'inflammation des membranes qui participent de la nature et de l'action des membranes muqueuses.

Dans cet état de choses, quoique le blanc de l'œil soit encore rouge, et semble toujours enflammé, il ne l'est pas effectivement. C'est alors que l'ophthalmie est passée de l'état inflammatoire à celui qui est produit par le relâchement ou la foiblesse des vaisseaux de la conjonctive et de la membrane interne des paupières. Ce seroit une grande erreur, si, dans de semblables circonstances, le chirurgien prescrivoit au malade de continuer les applications émollientes : au contraire, il le tirera bientôt d'embarras, si aux remèdes locaux émolliens il substitue les astringens et les corroborans, comme le collyre vitriolique, ou un autre fait avec huit grains d'acétite de plomb dissous dans six onces d'eau distillée de plantain, avec addition de quelques gouttes d'esprit-de-vin camphré, que l'on injecte chaque deux heures dans les yeux, que l'on peut aussi baigner dans cette même préparation, au

moyen

topiques d'un petit vase convenable. Ces topiques rendent bientôt la première vigueur aux vaisseaux relâchés de la conjonctive et à ceux de l'intérieur des paupières ; enfin l'ophthalmie disparoît entièrement.

Parmi ces ophthalmies *aiguës* bénignes, spécialement épidémiques par intempérie de saison, il en est de si légères, que le stade inflammatoire, en lui-même très-doux et court, passe promptement sans qu'on l'observe. C'est peut-être aussi le seul cas d'inflammation érysipélateuse, comme est ordinairement l'ophthalmie, dans laquelle il convient d'appliquer, lors de sa première apparition, l'eau froide avec le suc de limon ou le vinaigre, ou bien le blanc d'œuf battu avec l'eau rose et un peu de sulfate d'alumine. Ces remèdes deviennent assez nuisibles lorsqu'ils sont employés sur le principe des autres ophthalmies aiguës, quelque douce qu'elles soient, mais cependant dans lesquelles le stade véritablement inflammatoire dure quelques jours.

Le même appareil de symptômes de l'ophthalmie bénigne se présente dans l'ophthalmie *aiguë* forte; mais dans celle-ci ils sont long-temps violens et douloureux. En effet, dans l'ophthalmie *aiguë* forte, le sentiment de chaleur dans les yeux est brûlant; le resserrement de tout le bulbe, du soureil, est spasmodique; le malade ne peut sup-

porter la lumière la plus foible : le larmoiement est alors continuel, abondant, âcre et mêlé d'une mucosité qui tend à coller les paupières ensemble ; quelquefois ce larmoiement n'existe pas, et les yeux sont parfaitement arides. Il y a de la fièvre ; la douleur à la tête, et surtout à la nuque, est insupportable ; enfin la veille très-opiniâtre. La pupille est en outre plus resserrée que dans l'état naturel ; la conjonctive paroît teinte partout d'un rouge foncé ; comme dans l'ophthalmie aiguë douce, on ne distingue point sur l'hémisphère antérieur de l'œil, entre les faisceaux plus relevés des vaisseaux sanguins, ce réseau subtil d'autres vaisseaux plus déliés qui communiquent d'un faisceau à l'autre ; tous sont également gonflés et accumulés de manière à former une excroissance qui s'élève sur le globe de l'œil avec tendance à sortir des paupières.

Si par malheur l'ophthalmie fait des progrès ultérieurs, et si le sang, poussé vigoureusement dans l'intérieur des vaisseaux de la conjonctive, en déchire un ou plusieurs sur la partie qui regarde le bulbe, il se fait un épanchement d'une portion du sang dans le tissu cellulaire qui unit la conjonctive à l'hémisphère antérieur de l'œil : d'où il suit que la conjonctive, soulevée peu à peu sur le globe de l'œil, et saillante vers les paupières, parvient à cacher entre elle-même la

cornée, comme dans un enfoncement. Le plus haut degré d'ophthalmie *aiguë* est celui que les chirurgiens appellent *chemosis.*

Le plus souvent l'ophthalmie *aiguë* forte intéresse principalement l'extérieur de l'œil; quelquefois l'intérieur du bulbe en est seulement affecté, ou au moins plus fortement que ses parties extérieures. On soupçonne la présence d'une ophthalmie grave *interne*, quand on observe que la violence de la douleur dans le fond de l'orbite ne correspond point, pour ce moment, à la médiocre altération de la conjonctive et des paupières. Je dis pour ce moment, puisque l'ophthalmie interne est, peu de temps après son invasion, suivie, pour le plus, d'inflammation des parties extérieures de l'œil. En considérant encore dans l'ophthalmie interne le peu d'altération qui paroît à l'extérieur, la grande aversion du malade pour la lumière même la plus foible, la rougeur de l'iris, le rétrécissement de la pupille, l'humeur aqueuse, même encore souvent rougie et trouble, on a lieu de suspecter que, dans le plus haut degré de cette maladie, comme dans l'ophthalmie *aiguë* extérieure grave, il s'extravase quelquefois du sang dans les chambres de l'œil, plus particulièrement entre la choroïde et la sclérotique; et c'est principalement à ce motif, plutôt qu'à tout autre, que l'on doit rap-

porter l'issue, le plus souvent malheureuse, de cette ophthalmie *interne*, qui d'ordinaire occasionne l'amaurose, si elle ne fait pas suppurer l'œil.

L'ophthalmie *aiguë* forte demande dans toute son extension la plus scrupuleuse exécution du plan curatif anti-phlogistique. L'expérience a démontré que la lenteur dans l'emploi des évacuans, et surtout le trop peu de saignées, sont les principaux motifs pour lesquels l'ophthalmie *aiguë* forte parvient au degré de *chemosis*, menace de suppuration ou d'effusion de lymphe concrescible entre l'œil, ou au moins dégénère en une ophthalmie *chronique* rebelle, par l'excès de dilatation soufferte par les vaisseaux de la conjonctive, durant le stade inflammatoire [1]. C'est pour cela que, dans tous les cas d'ophthalmie *aiguë* grave, le chirurgien, eu égard à l'âge et au tempérament du malade, lui fera promptement des saignées copieuses du bras ou du pied; ensuite, selon les circonstances, il appliquera encore des sangsues dans le voisinage des yeux et proche les paupières, principalement sur la veine angulaire, vers l'angle interne de l'œil; dans le confluent de cette veine avec la frontale, l'orbitaire profonde et transverse de la face :

[1] Voyez les Préceptes et les Observations-pratiques de Galien. *De curat. rar. per sanguinis missiones*, c. XVII.

que ce soit cependant toujours après des saignées abondantes du bras ou du pied. Et si l'ophthalmie grave *aiguë* a paru à la suite de la suppression de quelque évacuation périodique sanguine du nez, de l'utérus, ou des hémorrhoïdes : au lieu d'appliquer les sangsues autour des paupières, il sera plus utile, dans le premier cas, de les transporter aux ailes du nez ; dans le second, aux lèvres du pudendum, et, dans le troisième, aux veines hémorrhoïdales. Depuis peu, une jeune fille de dix-neuf ans fut attaquée d'une ophthalmie aiguë forte aux deux yeux, peu après la suppression subite de ses règles. Après avoir tiré beaucoup de sang du bras, les sangsues appliquées dans l'intérieur des lèvres de la vulve produisirent un si bon effet, qu'en moins de vingt-quatre heures la vive ophthalmie s'affaisa au grand soulagement de la malade. J'ai plusieurs fois observé le même cas à l'occasion d'une ophthalmie *aiguë* grave, produite par la suppression d'un flux hémorrhoïdal périodique, comme aussi d'un flux nasal [1].

[1] Desault nous citoit souvent, dans ses leçons de Pathologie, l'histoire d'une femme prise à la face d'un violent érysipèle inflammatoire. Cette femme, forte et d'un tempérament sanguin, fut copieusement saignée du bras Desault laissa couler le sang jusqu'à défaillance, et l'érysipèle disparut comme par enchantement. Dans ma pratique, j'ai fait une fois la même observa-

Les saignées générales, bien que copieuses, celles qui sont partielles, au moyen des sangsues, ne suffisent cependant pas toujours pour faire diminuer promptement ce plus haut degré de maladie, qu'on appelle *chemosis.* Dans une circonstance aussi urgente, il est bon d'avoir recours à quelque autre expédient propre à vider promptement cette portion de sang qui s'est extravasée dans le tissu cellulaire qui lie la conjonc-

tion. Je fus appelé en 1794 par feu M. Buisson, pharmacien, sur le Marché-Neuf à Paris, pour voir une femme à laquelle il étoit survenu tout-à-coup une ophthalmie aiguë aux deux yeux. Les douleurs vives et profondes que cette dame éprouvoit me firent craindre que la maladie ne se continuât et ne se propageât aux membranes intérieures. J'ouvris sur-le-champ la veine jugulaire droite, et je laissai le sang s'écouler jusqu'à ce que l'état du pouls m'annonçât une grande diminution de forces. Le soir, je revis cette malade; les douleurs n'avoient diminué que pendant peu d'instans, car elles étoient presqu'aussi vives dans ce moment que lors de ma première visite. J'appris que la malade avoit eu ses règles la veille, et qu'elle avoit éprouvé une suppression subite : j'appliquai huit sangsues à la vulve; et, par ce moyen, je procurai encore une ample évacuation sanguine. Les règles reparurent le lendemain, l'inflammation des yeux tomba, et je continuai le traitement général, seul convenable en circonstances semblables, et dans peu de jours la guérison fut complète.

(LÉVEILLÉ.)

tive à l'hémisphère antérieur de l'œil, au-devant de laquelle cette membrane se trouve énormément soulevée et distendue. Ce moyen consiste à couper la conjonctive elle-même avec des ciseaux courbes sur le dos, ou dans la rescision circulaire de la portion saillante de la conjonctive dans les confins de la cornée avec la sclérotique. Au moyen de cette rescision, on vide à l'instant, et avec un prompt soulagement du malade, tout le sang qui étoit stagnant sous la conjonctive, et aussi celui qui, malgré les saignées générales abondantes, distendoit encore fortement les vaisseaux de cette même membrane. La rescision dont on parle est beaucoup préférable aux scarifications qui se pratiquent en pareille circonstance par la plupart des chirurgiens, puisque ces dernières ne suffisent pas pour vider le sang extravasé sous la conjonctive, et accroissent plutôt l'irritation et l'engorgement des yeux qu'elles ne le diminuent. Après les saignées abondantes générales et locales, le chirurgien provoquera des selles au moyen des dissolvans doux anti-phlogistiques, tels que la pulpe de tamarin, le tartrite acidule de potasse, le tartrite de potasse, le sulfate de magnésie, et autres semblables. Dans les cas de saburres abondantes dans l'estomac, il n'hésitera pas à prescrire le tartrite de potasse antimonié, ou, pour un adulte, deux scrupules

d'ipécacuanha, avec un grain de tartre émétique; ensuite il ordonnera au malade de prendre pendant plusieurs jours consécutifs, à doses réfractées, un grain de tartrite de potasse antimonié, avec deux drachmes de tartrite acidule de potasse, dans une livre de décoction de chiendent ou de petit-lait dépuré.

Dans ces cas, et chez les sujets pléthoriques, parmi les meilleurs remèdes externes, on compte le vésicatoire à la nuque, dont l'application est justement indiquée, pourvu cependant que ce soit toujours après avoir fait précéder les saignées copieuses et les évacuations alvines [1]. Ce n'est pas parce que le vésicatoire produit un écoulement séreux dans l'endroit de son application, mais parce qu'il apporte un stimulus consensuel, un mode d'irritation qui suspend pour ainsi dire le progrès de la maladie des yeux, en la transportant dans le lieu artificiellement irrité. On a observé que la nuque et le derrière des oreilles sont les parties qui, plus que toute autre de la tête, ont des rapports sympathiques avec les yeux. C'est ainsi que nous voyons ce même rapport des dents avec le lobe de l'oreille, du périnée avec la

[1] Hoffmann, medicinæ ration. system. t. IV, part. I, sect. 2 : *Setacea et vesicatoria non facilè applicanda in plethoricis, nisi soluta priùs plethora, et alvo, præsertim in cacochymicis, subducta.*

vessie urinaire, de la peau de l'abdomen avec les viscères du bas-ventre, etc.

Quant aux remèdes locaux à appliquer sur les yeux enflammés, le chirurgien ne se départira pas de l'usage des topiques doux et émolliens, parmi lesquels on compte les sachets de mauve bouillie dans le lait frais, ou le cataplasme de mie de pain et de lait avec le safran, la pulpe de pomme cuite, et autres de cette classe, que l'on renouvelle au plus toutes les deux heures. Pour modérer l'ardeur excessive que le malade éprouve dans les yeux, il n'y à rien de plus avantageux que d'introduire avec le bout d'une sonde, entre les paupières et le bulbe, le blanc d'œuf frais, ou le mucilage de semences de *psilium*, préparé dans l'eau distillée de mauve. Le chirurgien recommandera ensuite au malade de se tenir couché, avec la tête plus élevée que possible, et de ne rien faire qui puisse empêcher ou interrompre sa transpiration; et si, pendant la nuit surtout, les bords des paupières avoient beaucoup de tendance à se coller, il les enduira le soir avec un liniment d'huile et de cire: car rien ne contribue plus à aggraver les incommodités de l'ophthalmie, que le séjour et la redondance des larmes brûlantes entre le bulbe de l'œil et les paupières.

Le plus souvent, au cinquième, septième ou

onzième jour, la période inflammatoire de l'ophthalmie *aiguë* grave cède à l'application de ces moyens employés à temps. Le chirurgien sera certain d'avoir obtenu cet effet, lorsqu'il observera que la fièvre est entièrement cessée; que le malade ne se plaint plus de chaleur brûlante, ni de douleurs lancinantes dans les yeux; que les paupières sont détuméfiées, ridées, et qu'en général le malade éprouve le retour du calme et de l'appétit. Il s'apercevra en outre qu'il s'écoule des yeux affectés une matière muqueuse avec soulagement, quand auparavant il ne couloit qu'une sérosité ténue et âcre, ou quand les yeux étoient tout-à-fait secs et arides; que le malade ouvre et ferme la paupière sans souffrance, sans aucune aversion pour une lumière modérée; enfin, que les humeurs des yeux ne sont point troublées par des matières étrangères.

A l'apparition de ces signes, l'œil fût-il encore rouge et la conjonctive engorgée, le chirurgien cessera néanmoins l'usage des débilitans ultérieurs, et l'application des topiques émolliens et relâchans, pour leur substituer (il faut excepter le cas de rescision de la conjonctive, dont je parlerai après) les topiques astringens et fortifians. Le collyre fait avec l'acétite de plomb, dissous dans l'eau distillée de plantain, ou celui qui est composé de six grains de sulfate de zinc, dans

six onces d'eau distillée; une once de mucilage de semences de pomme de coing, et quelques gouttes d'esprit-de-vin camphré, sont à employer. On les insinue, chaque deux heures, entre les paupières : on en baigne l'œil à l'aide d'un vase propre à cet objet. Cependant il est bon d'avertir qu'il se rencontre des sujets qui, principalement dans la saison rigoureuse, ne peuvent soutenir les applications froides sur les yeux. Dans ces cas, le chirurgien emploiera ses mêmes collyres astringens qu'il aura fait tiédir dans le principe; puis, de moins en moins jusqu'à ce qu'enfin, l'excessive sensibilité appaisée, il puisse les appliquer entièrement froids.

La teinture thébaïque de la Pharmacopée de Londres [1], dont on instille deux ou trois gouttes entre les paupières et le bulbe, deux fois le jour ou seulement le soir, pendant plusieurs jours consécutifs et jusqu'à parfaite guérison, est

[1] Opii collati unciam unam.
Cinnamom. } an. drachmam semis.
Cariophyl. arom. }
Vini albi meracis libram semis.

Macera per hebdomadam sine calore; deinde per chartam cola. Adde, posteaquam collata sunt, spiritûs vini tenuioris vicesimam circiter partem, ut tutiora sint a fermentatione. Reponere oportet vitreis ampullis accuratè obturatis.

un remède très-efficace dans ce stade de la maladie où l'ophthalmie *aiguë* grave est, après les saignées copieuses et les évacuations alvines, passée dans la seconde période, ou dans celle qui dépend d'une foiblesse locale. Ordinairement, pendant que ce remède se répand sur l'œil, le malade se plaint d'une ardeur et d'une incommodité notables, qui passent promptement; et le lendemain matin, on trouve l'œil éclairci et dans un meilleur état. Il convient cependant encore d'observer que ce topique, si utile dans le second état d'ophthalmie grave aiguë, ou dans celui qui dépend d'une foiblesse locale, est très-nuisible si on l'emploie dans le premier temps de l'inflammation, et que c'est une raison pour qu'on ne s'en serve jamais avant d'avoir pratiqué de larges saignées générales et locales, avant d'avoir établi la liberté du ventre; en un mot avant que l'inflammation ait tout-à-fait cessé [1]. Ma propre

[1] *Observations sur l'ophthalmie*, par James Ware. (V. *Bibliothèque méd. phys. du Nord*, t. I.) Cependant il ne fautt pas s'attendre que ce collyre procure un soulagement aussi prompt dans tous les cas. Quelquefois il faut beaucoup plus de temps pour qu'il produise ce bon effet. J'ai même vu certains cas où le premier usage de la teinture thébaïque n'a pas procuré le moindre adoucissement. Mais la plupart de ces cas étoient de ceux où l'inflammation des yeux n'avoit encore duré

expérience me permet d'assurer qu'il n'y a point d'exagération dans ce que dit Ware sur l'utilité de ce remède administré avec prudence et dans la circonstance favorable.

Quand le chirurgien aura été contraint par la nécessité de resciser circulairement la conjonctive, afin d'apporter obstacle aux progrès du *chemosis*, il remarquera qu'après avoir vaincu la première période inflammatoire, il lui restera à traiter une ulcération sur le globe de l'œil dans les confins de la cornée avec la sclérotique, et qu'il y a contre-indication dans l'usage des collyres irritans et astringens qui ne feroient qu'augmenter le mal, et occasionneroient une nouvelle inflammation de l'œil. Dans une circonstance pareille, on se contentera, même après avoir entièrement dissipé l'inflammation, de provoquer la suppuration dans le lieu de la rescision de la conjonctive, en lavant l'œil plusieurs fois le jour avec l'eau de mauve ou avec le lait frais. Cette suppuration se présentera sous forme d'un enduit muqueux, étendu sur toute la zone circulaire blanchâtre restée après la section de la conjonctive. Dans la décadence du second état de l'ophthalmie, autrement dite par

que peu de temps, où les yeux paroissoient très-brillans et où la lumière causoit aux malades des douleurs très-vives.

foiblesse locale, cette zone se resserrera ensuite peu à peu et se cicatrisera entièrement, sans laisser le moindre vestige de la rescision faite à la conjonctive.

Au reste, dès que le malade sera en état de soutenir une lumière modérée sans en être incommodé, le chirurgien cessera aussitôt toute application sur les yeux, à l'exception d'un morceau de taffetas vert ou noir qui sera suspendu depuis le front, pour que, derrière cet obstacle, à l'accès immédiat de la lumière, le malade puisse sans peine et à son gré ouvrir, fermer les paupières, et mouvoir avec facilité le globe de l'œil. Les assistans seront en outre chargés de faire entrer, chaque jour et par degrés, plus de clarté dans la chambre du malade, pour qu'il puisse s'y habituer le plus tôt possible, et affronter le plein jour. En effet il est un fait certain et confirmé par l'expérience, que rien ne contribue plus à entretenir et accroître la sensibilité morbifique de l'organe de la vue, et conséquemment à prolonger la maladie, que d'obliger les malades à coucher sans nécessité dans un lieu parfaitement obscur, ou avec les yeux fermés et couverts d'un bandage, plus long-temps que ne l'exige la nature du cas.

Tout ce que nous avons exposé jusqu'ici relativement aux phénomènes et au traitement de

l'ophthalmie aiguë grave, dans son premier et dans son second état, pouvant, selon moi, être un guide suffisant et assuré pour les jeunes chirurgiens dans la direction de ce mal, se présentât-il encore compliqué de quelque autre symptôme non commun, je ne puis néanmoins m'empêcher de faire mention d'une espèce particulière d'ophthalmie aiguë grave, qui se distingue de celles qui sont ordinaires, en ce qu'elle paroît avec une inflammation des plus véhémentes, avec un engorgement des paupières et de la conjonctive, comme dans les autres ophthalmies de cette espèce; mais peu de temps après elle est accompagnée d'un écoulement extraordinaire et abondant aux yeux, d'une matière purulente ou puriforme en apparence. Comme cette maladie attaque le plus communément les enfans peu de temps après leur naissance, ou se manifeste chez les adultes immédiatement après la suppression d'une gonorrhée virulente; ou comme elle est le produit en quelque manière du transport du virus vénérien aux yeux, elle est appelée, dans le premier cas, *ophthalmie puriforme des enfans*, et dans le second *ophthalmie aiguë gonorrhoïque*.

La premiere s'observe, comme je le disois, chez les enfans nouveau nés; chez ceux d'un âge tendre ou encore à la mamelle. Lors de l'apparition de

cette maladie grave, tout à coup les paupières se gonflent énormément, et au point qu'on ne peut plus les écarter l'une de l'autre, et encore moins les renverser en dehors; et si on y parvient avec peine, on trouve la membrane interne des paupières convertie en une substance villeuse, fongueuse, semblable en quelque manière à celle de l'intestin *rectum*; tandis que, dans les enfans, elle sort en dehors et se renverse par excès de pression. Quelquefois, lorsque le petit enfant nouveau-né crie, les paupières se renversent d'elles-mêmes et restent dans cette position, si on n'emploie pas la force pour les retourner et les remettre en place. Après ce premier choc inflammatoire, qui est ordinairement de courte durée, il s'écoule continuellement des yeux de ces petits malheureux une abondance vraiment extraordinaire de mucosité puriforme, séparée en partie des glandes de *Meïbomius*, et en grande partie par la substance villeuse et fongueuse dans laquelle est convertie la membrane interne des paupières et la conjonctive elle-même. Sur le principe du mal, la fièvre est vive : les cris, les veilles, les tremblemens de tout le corps, sont continuels. A tous ces symptômes sont souvent joints le vomissement ou la diarrhée de matières jaunâtres très-fétides.

Si on ne remédie pas promptement et efficacement à cet écoulement abondant de mucosité

puriforme

puriforme des paupières et de la conjonctive des enfans, bientôt la cornée s'offusque, grossit, et se convertit en un *staphylôme*. C'est pourquoi, à la première apparition de cette maladie, on mettra en œuvre le traitement anti-phlogistique, en tirant du sang à l'enfant, au moyen de la lancette ou des sangsues appliquées aux tempes; ensuite il sera très-utile de placer un vésicatoire à la nuque, sur-tout si la maladie a été précédée de la rétropulsion de quelqu'exanthème de la tête: en outre il sera bon de purger l'enfant avec le sirop de chicorée simple et la rhubarbe unis à un peu de magnésie, en ordonnant en même temps à la nourrice de ne point trop remplir, comme il arrive, l'estomac de l'enfant, de lait ou de bouillie, ni de le serrer et envelopper dans des langes grossiers, d'après la pratique de nos dames, même dans la plus chaude saison; et si l'on a quelque indice que le muavais lait de la nourrice a quelque part à cette maladie, on la changera, ou on corrigera le vice qui peut exister dans ses humeurs ou dans les organes de la digestion.

Souvent, et c'est dans la classe misérable, le chirurgien rencontre cette maladie dans sa seconde période, ou après que le stade inflammatoire est passé, et quand le flux puriforme abondant s'écoule déjà. S'il lui arrive de l'observer lors de sa première invasion, outre les remèdes gé-

néraux que nous avons indiqués, il appliquera sur les paupières enflammées des sachets faits d'un voile très-fin, remplis d'herbes émollientes bouillies dans le lait, et saupoudrées de camphre; ou le pain et le lait avec le safran, ou la pulpe de pommes cuites également saupoudrée de camphre, afin de modérer la force de l'inflammation. Sitôt que la mucosité puriforme sortira abondamment des yeux de l'enfant (indication que la maladie est passée dans son second état), on aura recours aux topiques astringens et corroborans, afin de rendre aux vaisseaux des paupières et de la conjonctive leur première vigueur, restreindre la villosité et la fongosité de la membrane interne des paupières, enfin pour supprimer l'abondante sécrétion morbifique et puriforme qui en dérive en grande partie. A cet effet, l'introduction de l'*eau camphrée* entre les paupières de l'œil sera très-utile et très-efficace. Cette eau est composée de parties égales de vitriol romain et de bol d'Arménie, d'un quart de camphre; le tout bien pulvérisé et mélangé. On prend une once de ce mélange; on le jette dans une livre d'eau bouillante, que l'on retire ensuite du feu pour la laisser reposer un peu, afin que les parties les plus grossières se précipitent au fond du vase; enfin on filtre cette liqueur. On emploie ce remède dans le principe, en mettant

une drachme de cette *eau camphrée* dans deux onces d'eau distillée de plantain froide ; puis on augmente, selon le besoin, la dose de l'eau camphrée. On injecte ce collyre avec une petite seringue d'ivoire, dont on introduit avec précaution le bout entre les paupières et l'œil, vers l'angle externe. L'injection se fait deux ou trois fois le jour, dans les cas moins graves, et, à chaque moment, dans ceux qui sont les plus fâcheux. On applique ensuite sur les paupières un linge fin couvert de blanc d'œuf battu, épaissi avec l'alun, et l'on empêche la cohésion des tarses, en frottant leurs bords libres avec la pommade d'huile et de cire.

Avec cette méthode curative, dans le cours de deux semaines ordinairement on voit disparoître cette mucosité puriforme qui couloit abondamment des yeux : les paupières se détuméfient, et le chirurgien peut alors connoître avec précision l'état du globe de l'œil, principalement celui de la cornée. Si celle-ci est encore restée un peu trouble, pour dissiper cet obscurcissement, le remède le plus opportun est la teinture thébaïque de la Pharmacopée de Londres, et en cas qu'on ne l'ait pas sous la main, l'onguent ophthalmique de Janin.

L'ophthalmie *aiguë* grave gonorrhoïque ressemble beaucoup à l'ophthalmie *puriforme* des

enfans, eu égard à la force de l'inflammation, au flux copieux des yeux, de la mucosité puriforme dont elle est suivie peu après, et à la promptitude avec laquelle cette maladie tend à la destruction de l'organe de la vue; mais elle en diffère essentiellement par rapport à la cause qui l'a produite.

Ce mal est occasionné de deux manières. 1°. Il est une conséquence, ou au moins une suite de la subite suppression de la gonorrhée virulente, quoique toute suppression de gonorrhée ne soit pas constamment suivie de l'apparition d'une telle ophthalmie. 2°. Il est l'effet d'une inoculation du virus gonorrhoïque, transporté par inadvertance des parties génitales sur les yeux.

Lors de la disparition imprévue de la gonorrhée (ce qui a coutume d'ariver par un mouvement excessif de tout le corps, par l'abus des liqueurs spiritueuses, par l'exposition de tout l'individu à un froid rigoureux et pendant longtemps, par les injections âcres et irritantes faites dans l'urètre, ou par d'autres motifs semblables), on voit paroître une ophthalmie avec une grande tuméfaction de la conjonctive plutôt que des paupières; ensuite il se manifeste à quelques-uns un écoulement abondant et continuel des yeux : c'est une matière d'un jaune vert semblable à celle de la gonorrhée virulente; la fièvre

est forte; il y a insomnie, chaleur brûlante, douleur acerbe des yeux et de la tête, ainsi qu'une grande aversion pour la lumière : alors il se présente quelquefois dans la chambre antérieure de l'humeur aqueuse; un principe d'*hypopion*. Dans le second cas, la même infirmité existe lorsque le malade s'inocule par mégarde le miasme en se frottant les yeux avec un linge imbu de matière gonorrhoïque, avec la différence, cependant, qu'ici les symptômes indiqués plus haut ne sont point si violens, ni l'inflammation si véhémente que dans le premier.

Le plus grand nombre des chirurgiens est d'avis que, dans le premier cas, il existe une véritable métastase de la matière gonorrhoïque de l'urètre sur les yeux; mais quelques autres ne sont pas satisfaits de cette théorie; et, à mon avis, ils ont de grands motifs. En effet l'ophthalmie puriforme n'est pas toujours subintrante à la suppression subite d'une gonorrhée : on doit plutôt regarder cet incident comme rare, eu égard à la fréquence des cas de gonorrhées inopinément supprimées et répercutées. En second lieu, on n'a jamais vu une vérole confirmée succéder à une semblable métastase gonorrhoïque aux yeux [1]. En troisième lieu, l'ophthalmie gonor-

[1] La même remarque a été faite par Bell. *On gonnorhœa virul.* t. I. ch. I.

rhoïque par inoculation, dans ces circonstances où il ne peut pas être douteux que le virus vénérien ne soit la cause immédiate du mal d'yeux, ne menace jamais avec autant d'impétuosité et de promptitude la destruction de l'organe de la vue, comme le fait celle dite par métastase gonorrhoïque. Peut-être s'approchent-ils plus de la vérité ceux qui regardent ce phénomène plutôt comme une liaison consensuelle entre l'urètre et les yeux, que comme une véritable transposition de matière, la membrane interne de l'urètre, celle des paupières, de la gorge et du rectum, étant des productions de la peau. Si cet effet ne se manifeste pas dans tous les cas de suppression imprévue de la gonorrhée, c'est parce que tous les individus ne sont pas doués du même degré de sensibilité consensuelle.

Quoi qu'il en soit, lors de l'apparition de cette ophthalmie grave aiguë, l'indication première à remplir sera d'abattre le plus tôt possible la violence de l'inflammation, afin d'empêcher la perte de l'œil ou l'opacité de la cornée. Enfin, je l'ai dit plus haut, on prescrira des saignées abondantes, tant générales que locales, au moyen des sangsues, en laissant écouler le sang dans une quantité suffisante, et on rescisera la conjonctive dans le cas de chemosis [1] : on ne négligera

[1] Quelques-uns prétendent que, dans ce cas particu-

pas l'usage des relâchans doux, des boissons tempérantes, les émulsions avec la gomme arabique, les bains tièdes universels, ou au moins les bains de pieds, le vésicatoire à la nuque. Le malade restera au lit avec la tête élevée, et se fomentera fréquemment les yeux avec des sachets d'herbes émollientes. Le chirurgien aura encore soin d'injecter, deux ou trois fois le jour, avec un petit siphon d'ivoire, entre les paupières et le bulbe de l'œil du malade, de l'eau de mauve, afin de tenir ces parties toujours propres; enfin, avec le bout d'une sonde, il y introduira le blanc d'un œuf frais, ou le mucilage de semences de psilium, extrait avec l'eau de mauve, afin de modérer l'ardeur et la douleur dont le malade se plaint tant; il enduira en même temps, surtout le soir, les ourlets avec l'onguent d'huile et de cire. En outre le chirurgien ordonnera d'appliquer au périnée du malade un large cataplasme

lier, les scarifications de la conjonctive font plutôt du mal que du bien. Ceci pourroit bien regarder les scarifications; mais, quant à la rescision de la conjonctive, je puis assurer qu'elle est très-utile dans le cas de *chemosis* par ophthalmie de cette nature, comme dans les autres. Il en est qui assurent qu'on ne doit jamais les pratiquer, sinon quand le plus haut degré de l'inflammation est adouci par le moyen des remèdes généraux et des topiques émolliens.

de mie de pain et de lait avec le safran, de le renouveler toutes les deux heures, et d'injecter plusieurs fois pendant la journée de l'huile tiède dans l'urètre, et successivement encore il introduira dans ce canal une bougie simple, dans l'intention d'y rappeler l'écoulement gonorrhoïque.

Le stade inflammatoire de l'ophthalmie *aiguë gonorrhoïque* est-il heureusement combattu? d'après ce que j'ai souvent dit, on observera la cessation de la fièvre; le malade ne se plaindra plus de chaleur brûlante, ni de douleur acerbe dans les yeux; et le gonflement des paupières est assez diminué. Subsiste-t-il encore, comme auparavant, un engorgement des vaisseaux de la conjonctive, et un écoulement abondant de mucosité puriforme des yeux? on abandonnera l'usage des topiques émolliens pour recourir au collyre fait avec un grain de mercure sublimé corrosif, dissous dans dix onces d'eau distillée de plantain; on en injectera entre les paupières et l'œil deux ou trois fois le jour; et si le remède stimule trop, on l'étendra avec le mucilage de semences de psilium. Il est entendu que tout ceci doit être fait dans les cas où la rescision de la conjonctive n'a pas été nécessaire; puisque, quand cette opération a eu lieu, il convient de s'abstenir tout-à-fait, dans la seconde période de cette ophthal-

mie, comme dans toutes les autres d'une espèce différente, de l'usage des stimulans locaux astringens, ou au moins des plus violens. Du reste, ce traitement est commun aussi à l'ophthalmie *gonorrhoïque* par inoculation : avec la différence que, dans cette dernière, il n'est pas nécessaire d'employer les moyens propres à rappeler l'écoulement de l'urètre; et qu'en outre, dans celle-ci, les remèdes locaux stimulans et astringens sont plus efficaces sous forme solide que sous forme liquide : telles sont les onctions faites sur les ourlets avec l'onguent mercuriel commun, ou, dans le cas où l'on n'en ait pas, avec la pommade ophthalmique de Janin.

Nous avons parlé jusqu'ici des deux périodes de l'ophthalmie *aiguë* bénigne et grave, ainsi que du traitement qui convient à chacune. Mais la seconde période de l'ophthalmie grave *aiguë*, ou celle dépendante de la foiblesse des vaisseaux de la conjonctive et de ceux des paupières, cède-t-elle toujours promptement à l'usage des topiques astringens et corroborans? c'est ce que l'on obtient certainement le plus souvent. Néanmoins on rencontre dans la pratique des combinaisons défavorables, qui font que la seconde période de l'ophthalmie *aiguë* grave et long-temps prolongée, jusqu'à devenir *chronique*, dans le sens le plus strict, et à menacer lentement la destruction de l'organe de la vue.

Ces combinaisons défavorables procèdent de trois sources principales : ou c'est une augmentation de sensibilité et d'irritabilité restées dans l'œil après la cessation du stade aigu de l'ophthalmie; ou c'est quelque autre vice de l'œil, dont l'ophthalmie est comme la conséquence; ou enfin c'est une discrasie particulière dominante dans la constitution générale du malade.

Que l'augmentation morbifique de la sensibilité de l'organe de la vue soit la cause qui maintienne dans l'organe même l'ophthalmie chronique, on observe que la fluxion résiste non-seulement à l'usage des topiques astringens et corroborans, qui produisent un si prompt, un si bon effet dans les cas d'ophthalmie par simple foiblesse des vaisseaux de la conjonctive ou des paupières; mais encore que, sous l'usage de ces remèdes, et même seulement de l'eau froide, le mal empire; que le malade accuse constamment un sentiment de pesanteur, et une difficulté notable dans l'élévation de la paupière supérieure; que la conjonctive est toujours jaunâtre; qu'elle se couvre tout d'un trait de sang, si le malade s'expose à l'air humide et froid, ou à une lumière plus vive que de coutume, ou bien s'il exerce un peu ses yeux en lisant et en écrivant à la lumière d'une chandelle. Si l'on ajoute encore à tout cela que le malade est d'une habitude du corps grêle et irri-

table; qu'il est exposé à de fréquentes hémicranies, à des veilles, aux convulsions, aux tensions spasmodiques des hypocondres, à des flatulences : il est évident alors que l'ophthalmie *chronique* est entretenue non-seulement par une augmentation morbifique dans la sensibilité de l'organe de la vue, mais encore par une affection nerveuse générale dont les yeux participent.

Quant aux vices de l'œil dont l'ophthalmie chronique est la conséquence, outre la présence entre les paupières et le bulbe de l'œil de quelque corps étranger passé sans que le chirurgien l'ait observé, on compte le renversement en devant d'un ou de plusieurs poils des paupières, ou de la caroncule lacrymale; une petite congestion humorale dans quelque point de la cornée, un petit ulcère de cette membrane, la procidence d'une portion de l'iris, le herpès ulcéreux des ourlets, la *teigne* des paupières, la sécrétion viciée des glandes de Meïbomius, l'agrandissement morbifique de la cornée ou de tout le globe de l'œil.

Et pour ce qui regarde les vices de la constitution en général, la guérison de la seconde période de l'ophthalmie grave *aiguë* est retardée ou empêchée le plus souvent par une discrasie scrofuleuse dominante, ou par l'opiniâtreté d'une métastase varioleuse aux yeux, ou encore par le vi-

rus vérolique invétéré. Les signes de cette diathèse sont si connus, même des jeunes étudians, que je crois inutile de les répéter ici.

Cependant, dans les cas d'ophthalmie *chronique* entretenue par excès de sensibilité générale ou partielle, il convient pardessus tout de prescrire l'usage interne du kina joint à la racine de valériane, la nourriture animale de facile digestion, les bouillons gélatineux et farineux, les bains froids universels par immersion, l'usage modéré du vin [1], le mouvement discret, l'habitation dans des lieux dont l'air est sain et tempéré. Comme topique, on retire un grand avantage de l'application des remèdes qui participent de la nature sédative et corroborante, parmi les-

[1] Hippocrate écrit : *Oculorum dolores meri potio, aut balneum, aut fomentum, aut venæ sectio, aut medicamentum purgans exhibitum solvit.* Aph. 31, sect. VI; aph. 46, sect. VII. Celse nous a donné le vrai sens de cet aphorisme dans les termes suivans : *Solet enim evenire nonnunquam, sive tempestatum vitio sive corporis, ut pluribus diebus neque dolor, neque inflammatio, et minimæ pituitæ cursus finiatur. Quod ubi incidit, jam ipsa vetustate res matura est, ab iis eisdem auxilium petendum est, id est balneo ac vino. Hœc enim ut in recentibus malis aliena sunt, quia concitare ea possunt, et accendere : sic in veteribus, quæ nullis aliis auxiliis cesserunt, admodum efficacia esse consueverunt.* Lib. VII, cap. VI, art. octavo.

quels les *vapeurs aromatiques spiritueuses* méritent la préférence. On prend un vase capable de contenir trois onces d'eau, dans lequel on en verse deux bouillantes, en y ajoutant deux drachmes d'*esprit volatil aromatique* [1]; puis, en maintenant ce petit vase enveloppé d'un linge chaud, on réunit les vapeurs et on les porte sur l'œil, à l'aide d'un petit entonnoir, ou en rapprochant seulement le vase de l'œil. On répète cette opération trois à quatre fois le jour, pendant l'espace au moins d'une demi-heure, et en outre on frotte légèrement les paupières et le sourcil avec le même *esprit volatil aromatique*.

Les personnes infirmes se garderont bien, pendant et après le traitement, de fatiguer trop leurs yeux, et ne forceront pas la vue dès l'instant qu'elles sentiront dans les yeux la moindre incommodité ou un sentiment de chaleur. Pour lire ou pour écrire, elles se placeront de manière à avoir toujours le même degré de lumière, puis-

[1] Rec essentiæ limonum
Olei nucis moschat. essentialis } an. drachmas duas.
Olei caryophyllorum aromat. essentialis, drachmam dimidiam.
Spiritûs salis ammoniaci dulcis, libras duas.
Distilla igne lenissimo.

que, dans ces cas, une lumière trop foible ou trop forte est également nuisible. Si le malade commence une fois à porter des lunettes, il aura soin de les avoir toujours lorsqu'il voudra lire, écrire, ou observer quelques petits objet.

Toutes les fois que l'ophthalmie chronique est la conséquence de quelque autre vice de l'œil, il est évident que l'indication curative devoit n'avoir d'autre but que de détruire la maladie principale. J'en ai déjà parlé en partie dans les Chapitres antécédens, et je rapporterai le reste dans ceux qui suivent. J'ajouterai seulement ici ce que l'observation et l'expérience m'ont enseigné de relatif à la conduite à tenir dans une ophthalmie *chronique*, alimentée par les vices les plus fréquens du système en général.

Un fait qui, par sa constance, mérite l'attention des praticiens sur ce point, est que toute ophthalmie chronique scrofuleuse, varioleuse, morbilleuse, herpétique ou vénérienne, fixe toujours son siége sur la membrane interne des paupières, et plus particulièrement sur leurs bords et dans les glandes de Meïbomius, de préférence à la conjonctive, qui recouvre l'hémisphère antérieur du globe de l'œil; tandis que, tout au contraire, l'ophthalmie aiguë, quelle que soit la cause ou la discrasie qui la produit, occupe tou-

jours de préférence la conjonctive du globe de l'œil.

Les médecins n'ayant encore trouvé jusqu'ici aucun spécifique contre la diathèse scrofuleuse, l'art de traiter l'ophthalmie chronique entretenue par ce vice général est assez limité, et se réduit plutôt à savoir indiquer ce qui augmente ce mal d'yeux, qu'à déterminer ce qui est propre à le guérir radicalement. Tout ce qui débilite le malade ne fait que nuire et exaspérer l'ophthalmie *chronique* scrofuleuse : telles sont les saignées, les purgatifs fréquens et salins, dits *anti-phlogistiques ;* les alimens difficiles à digérer, comme les viandes dures, salées, fumées, grasses; les végétaux crus, les fruits aigres; de plus, trop d'application à l'étude, la vie sédentaire, l'habitation dans des lieux humides et marécageux, la malpropreté, enfin les variations fréquentes du chaud et du froid. On adoucit, au contraire, la force de cette cacochymie, et en même temps on détruit sa réaction sur les yeux après avoir usé pendant quelque temps des détersifs (particulièrement de la rhubarbe, du tartrite de potasse, uni au tartrite antimonié de potasse et donné à petites doses réfractées); et si l'état des yeux n'est pas véritablement inflammatoire et trop irrité, on use des toniques internes, du kina en poudre, en décoction, en infusion à froid; ou bien on unit

la même décoction à la teinture volatile de gaiac [1] ; ou l'électuaire fait avec le kina, le cinabre d'antimoine et la gomme de gaïac [2] peuvent être administrés. L'æthiops antimonial, à la dose d'un demi-grain par jour, enfin, de deux, de trois, quatre jusqu'à vingt pendant cinquante jours consécutifs et plus ; l'eau seconde de chaux avec le bouillon de poulet, à la dose de trois onces de chaque, à prendre tous les matins à jeun, puis matin et soir pendant quelques mois ; observant constamment un bon régime de vivre, tel que nous l'avons indiqué plus haut, sont des remèdes extrêmement avantageux. Il convient aussi pendant cette maladie de prendre des bains de mer entiers ; et pendant l'été, de se frictionner tout le corps, matin et soir, avec la flanelle.

Comme remèdes extérieurs, l'ophthalmie *chronique* scrofuleuse éprouve de mauvais effets de

[1] Decoct. cort. peruv. uncias novem.

Aq. meliss. drachmam unam.

A diviser en trois parties, à prendre, l'une le matin, l'autre à midi, et la troisième le soir. On ajoutera pour chaque dose quatre ou cinq gouttes de teinture de gaïac, pour un enfant de dix ans.

[2] Chin. chin. unciam dimidiam.

Cinnab. antimon. unciam unam. Gummi guayaci unc. semis. Syrupi corticis aurant. q. s. f. electuarium.

A prendre à la dose d'une demi-cuiller à café, trois fois le jour, pour un enfant de dix ans.

l'application

l'application des émolliens, des relâchans, et du séjour du malade dans un lieu parfaitement clos et obscur. Au contraire, les collyres légèrement astringens procurent du soulagement, ainsi que les lotions faites avec la décoction de feuilles de jusquiame et de fleurs de mauves bouillies dans le lait, avec addition de quelques gouttes d'eau végéto-minérale : on en peut dire autant de la teinture thébaïque de la Pharmacopée de Londres, des pommades composées de tutie, de bol d'Arménie, d'aloès, dont la proportion ne peut pas trop irriter. Il est égalcment utile d'ôter de devant les yeux du malade toute espèce de bandage, en ne laissant qu'un moreeau de taffetas fixé au front, et libre devant les yeux ; d'aceoutumer insensiblement le patient à soutenir une lumière modérée, de lui faire respirer un air libre, enfin de lui proeurer quelque exereice du corps. C'est ainsi qu'au défaut de remèdes spécifiques on abat cette maladie, ou au moins qu'on la rend supportable.

Je pourrois rapporter ici des exemples sans nombre de malades confinés dans des chambres obscures pendant plusieurs mois, et abandonnés comme incurables, dont le sort a été assez amélioré à l'aide des remèdes et des préeautions dont je viens de parler; mais surtout, autant qu'il m'a paru, pour les avoir retirés peu à peu de cette

obscurité, et pour les avoir exposés au plein jour. Il est sur ce point une circonstance digne de remarque : c'est que la diathèse scrofuleuse disparoît assez souvent d'elle-même dans les enfans lorsqu'ils entrent dans l'âge de la puberté, et lorsque tout le corps se développe. Si cet heureux changement arrive dans ceux qui sont affectés d'ophthalmie *chronique*, on observe, comme cela m'est quelquefois arrivé, que cette maladie disparoît aussi spontanément à l'époque indiquée, avec la diathèse générale.

La période *chronique* de l'ophthalmie *aiguë* par métastase varioleuse aux yeux n'est pas moins opiniâtre que l'ophthalmie *chronique* scrofuleuse : je veux parler de celle qui survient à la suite de la petite vérole, et souvent quelques semaines après la chute des croûtes. Cette ophthalmie parcourt un stade inflammatoire terrible; et après l'usage des remèdes anti-phlogistiques internes et externes les plus appropriés et les plus prompts, elle devient opiniâtre, en résistant aux topiques astringens et corroborans qui paroissent les mieux indiqués.

Le séton à la nuque [1], entretenu pendant plusieurs mois, est un des remèdes les plus efficaces contre cette maladie : puis, lorsqu'au moyen des

[1] Fabr. de Hilden, centur. 1, obs. 41, ex. II, III, Journ. de méd. de Paris, février 1789.

poudres résolutives [a], on a débarrassé l'estomac et les premières voies, j'ai éprouvé qu'il étoit très-utile de faire prendre au malade, matin et soir, une petite pilule faite avec un grain d'oxide rouge de mercure, d'antimoine sulfuré jaune, et quatre de ciguë pulvérisée pour un enfant de dix ans. Le sujet est-il d'une sensibilité exquise, locale et générale? outre ce remède, je me suis bien trouvé de la mixture faite avec trois drachmes de vin antimonié d'Huxam et une demi-drachme de la teinture thébaïque, à prendre matin et soir à la dose de cinq ou six gouttes dans un véhicule convenable pour un enfant de dix ans; et, à l'extérieur, des *vapeurs aromatiques spiritueuses* à la manière indiquée ci-dessus. Ensuite, lorsque cette augmentation de sensibilité locale n'existe pas, il suffit de faire des immersions fréquentes des yeux dans l'eau distillée de plaintain, fortifiée avec l'acétite de plomb et quelque peu d'esprit-de-vin camphré. On peut encore se servir du vin blanc, dans lequel on a fait dissoudre un peu de sucre; de la teinture thébaïque de la Pharmacopée de Lon-

[a] Cremor tartar. pulveris. unciam semis.
Tartar. emet. gr. unum.
Misce et divide in sex partes æquales.
Pour un enfant de dix ans, il suffira d'en prendre une partie le matin, et l'autre le soir.

dres; de l'onguent ophthalmique de Janin, et autres semblables : observant dans tout le reste les règles prescrites plus haut, qui consistent à ne point bander les yeux et à ne point confiner trop long-temps le malade dans une chambre obscure. Le traitement est le même dans les ophthalmies *chroniques*, suites de la rougeole.

L'ophthalmie *chronique* vénérienne n'est, à proprement parler, qu'un symptôme de plus de la vérole confirmée. Cette ophthalmie a cela de particulier, qu'elle ne paroît point accompagnée des signes manifestes d'inflammation; mais elle est subintrante, clandestine, avec lenteur et sans incommodité grave : elle relâche peu à peu les vaisseaux de la conjonctive et de la membrane interne des paupières; corrompt la sécrétion des glandes de Meïbomius; ulcère les bords des paupières dont elle fait tomber les poils; enfin elle rend la cornée nébuleuse. Dans son plus haut degré, elle excite un prurit dans les yeux, qui irrite notablement le soir et la nuit; diminue le matin, pour incommoder davantage vers le coucher du soleil. Ainsi sont à peu près toutes les autres incommodités, suites de la vérole confirmée; enfin elle n'arrive jamais au degré de *chemosis*.

Puisque le stade inflammatoire est comme nul, étant si doux qu'il passe sans être observé; de

même sa guérison n'exige jamais le traitement anti-phlogistique : en sorte que, sans retarder davantage, on entreprend le traitement de cette ophthalmie chronique, en employant les mêmes moyens propres à combattre la vérole : telles les frictions mercurielles, et en même temps les boissons d'une décoction d'écorce de mézéréon et de salsepareille [1]. Cependant on injecte, toutes les deux heures, entre les paupières et le bulbe de l'œil du malade, quelques gouttes du collyre que j'ai déjà indiqué. Il est composé d'un grain de muriate oxigéné de mercure, dissous dans six ou huit onces d'eau de mauve, ou distillée de plantain, avec addition d'un peu de mucilage de semences de psilium, et sur le soir on se sert de l'onguent ophthalmique de Janin. Cullen faisoit beaucoup de cas, dans cette circonstance particulière, de l'*onguent citrin* de la Pharmacopée d'Édimbourg, adouci avec addition d'une double ou triple quantité de graisse de porc; mais j'ai observé que la pommade ophthalmique de Janin produisoit le même avantage. Au reste, si l'em-

[1] Cort. rad. mezereon, drachmam unam et semis.
Rad. sarsaparill. unciam unam.
Coque in aq. font. lib. iij ad reman. lib. ij.
Adde
Lactis vaccini recentis, uncias sex.
A prendre peu à peu dans les vingt-quatre heures.

ploi du mercure exige beaucoup de circonspection dans quelques cas de vérole compliquée d'autres incommodités, c'est certainement d[a]ns celui dont il s'agit: je veux dire, de vérole compliquée d'ophthalmie chronique. En effet, le mercure administré à grandes doses, et enfin le choc vif que ce remède exerce vers la tête, ne manquent jamais d'accroître l'ophthalmie et d'accélérer la perte totale de la vue. Néanmoins, si cet inconvénient a lieu, le chirurgien suspendra [p]our quelque temps les frictions mercurielles,
p[illegible] [illegible]era doucement le malade, lui rendra la peau
purg[illegible] et le fera passer dans une autre chambre.
propre, [illegible]er lieu, on avertit que l'ophthalmie

En dern[illegible] [illegible]due rebelle en raison de la discra-
chronique, re[illegible] [illegible]ofuleuse, varioleuse, morbil-
sie dominante sc[illegible] [illegible]nérienne; bien que le vice
leuse, herpétique, v[illegible] plus, bien que l'oph-
qui l'entretenoit n'existe [illegible] l'étendue de la con-
thalmie ait disparu sur toute [illegible]e l'œil, les bords
jonctive qui recouvre le globe [illegible] [a]ssez souvent
des paupières restent néanmoins [illegible] [illegible]ne se cica-
marquées çà et là d[e] petits ulcères qui [illegible] [illegible]s tou-
trisent sûrement, s'ils ne sont plusieurs fo[illegible] [t]ou-
chés avec le nitrate d'argent fondu, en rec[ou]-
vrant immédiatement l'escarre d'une couche
d'huile.

Dans quelques cas particuliers, et surtout à la suite d'une croûte laiteuse, ces petits ulcères ont

leur siége autour de la racine ou du bulbe des poils, comme dans la *teigne* de la tête. Dans ces cas, pour bien toucher ces petits ulcères avec le nitrate d'argent fondu et le promener dessus avec précision le long de l'ourlet, il est nécessaire avant tout d'arracher un à un, et avec le plus grand soin, les poils des paupières, comme on le pratique pour la guérison de la *teigne* de la tête. Après quoi, la partie est fomentée pendant quelques jours, afin que l'on fasse cesser les effets occasionnés par l'irritation de l'arrachement des poils; et pour faire suppurer quelques pustules qui paroissent sur le bord des paupières à la suite de cette opération, on promène une ou deux fois le nitrate d'argent fondu le long du tarse, et d'un seul coup on recouvre l'escarre d'une couche d'huile, au moyen d'un pinceau. Après la chute de l'escarre, il suffit de frotter pendant quelques soirées le bord des paupières avec l'onguent *citrin*, ou celui de Janin, afin que dans peu on voie se cicatriser parfaitement toute la série des petits ulcères qui avoient leur siége à la racine des cils. Il est à observer que les poils arrachés repoussent, non comme ceux qui sont tombés spontanément à la suite de cette maladie [1].

[1] Lisez sur cet objet le Mémoire du chirurgien-occuliste Buzzi, inséré dans le n.° X des Mém. de Méd. du D. Giannini. L'auteur regarde l'arrachement des poils

des paupières comme l'article principal du traitement de la teigne des paupières. Il enseigne que, pour cicatriser ces petits ulcères, il suffit d'introduire cinq à six fois le soir, avant de se coucher, trois ou quatre grains d'onguent de céruse entre les paupières, de manière qu'il pénètre au-dessous d'elles. Si, quelques mois après, ajoute-t-il, il reparoît un nouvel indice de *teigne* qui attaque seulement quelques poils des nouveaux cils, il faut sur-le-champ arracher ces poils qui en sont affectés, afin de prévenir que la *teigne* ne se propage aux autres avec une formelle récidive.

CHAPITRE VIII.

Du Nuage (Nuvoletta) de la cornée.

Le *nuage* de la cornée est une des conséquences funestes de l'ophthalmie *chronique* rebelle. Il me plaît d'appeler ainsi la maladie dont il s'agit, pour la distinguer avec précision de l'*albugo* et du *leucoma*, ou de cette tache dense de la cornée, non accompagnée d'ophthalmie pour le plus souvent, qui est alors comme calleuse, coriace, de couleur chargée de perle; qui intéresse la substance de la cornée, et qui consiste dans un embarras occasionné par un gluten stagnant dans le tissu intime de cette membrane, ou dans une cicatrice de cette même cornée, à la suite d'ulcères ou de plaies avec perte de substance [1]. Le nuage dont j'entends parler diffère de cette tache dense et obscure faite par l'*albugo* ou par le *leucoma*, en ce que ce n'est qu'un obscurcissement récent, léger et superficiel de la cornée, précédé et accompagné d'ophthalmie *chronique*, et au travers

[1] *Avicenne*, lib. III, tract. II, cap. 17 : Scias quòd albugo in oculo alia est subtilis, proveniens in superficie apparente, et nominatur *nebula*; et alia est grossa, et nominatur *albugo* absolutè.

duquel [1] on distingue l'iris et la pupille ; enfin, qui ne prive pas entièrement pour cela les malades de la faculté de voir, mais leur couvre seulement les objets d'un voile ou d'un nuage.

Cette maladie est, comme je le disois, une conséquence de l'ophthalmie *chronique* pendant long-temps négligée, mal traitée, chez des sujets dont la fibre est lâche, ou dont les yeux sont foibles et fatigués. Les vaisseaux veineux de la conjonctive, assez relâchée dans cet état de l'ophthalmie, cèdent chaque jour davantage au sang, dont le cours est ralenti dans leur intérieur; ils deviennent par degrés plus gorgés et plus relevés que dans l'état naturel; ils paroissent ensuite irréguliers, noueux, d'abord dans leurs troncs, puis dans leurs rameaux vers l'union de la cornée avec la sclérotique ; enfin dans leurs plus petites racines provenantes de la lame subtile de la conjonctive, qui recouvre l'extérieur de la cornée. Il n'est pas facile de déterminer si une semblable dilatation a lieu ou non, même dans les plus petites ramifications artérielles correspondantes à ces mêmes racines veineuses. Ce qu'il y a de certain, c'est que le retour du sang par les veines de la conjonctive devenues variqueuses est notablement retardé par la flaccidité de ces vaisseaux, par leurs nodosités et tortuosi-

[1] Planche II, fig. V, a.

tés, comme aussi par les plis de la conjonctive relâchée dans les différens mouvemens du globe de l'œil.

Heureusement les racines délicates et subtiles de ces veines sur la cornée sont les dernières à devenir variqueuses, tant par l'étroitesse de leur calibre à leur origine sur la lame de la conjonctive qui recouvre extérieurement la cornée, que parce que cette lame de la conjonctive, intimement adossée à la cornée qui lui est inhérente, resteint et resserre sur elles-mêmes ces racines veineuses, les fortifie, et ne permet pas si facilement que, comme sur le blanc de l'œil, elles soient dilatées par le retard du sang dans leur intérieur. C'est ce qui arrive souvent au-delà des confins de la cornée avec la sclérotique, où la conjonctive, naturellement de facile distention, est foiblement unie à l'hémisphère antérieur du globe de l'œil : d'où il résulte que, dans tous les cas de longues ophthalmies *chroniques*, quoique les troncs proprement dits des veines de la conjonctive soient dilatés, variqueux et noueux, leurs foibles racines ne le sont pas pour cela également sur la lame subtile de la conjonctive qui recouvre extérieurement la cornée; et cela n'arrive que dans les cas où le relâchement de toute la conjonctive, y compris cette portion qui passe sur la cornée, et où l'engorgement et

la dilatation de ses vaisseaux veineux parviennent au plus haut degré.

Nous savons combien est grande la résistance dont je viens de parler et qu'oppose la lame de la conjonctive étendue, et pour ainsi dire identifiée avec la surface externe de la cornée, à la dilatation contre nature de ces mêmes racines veineuses : nous le savons par les cas de violente ophthalmie *aiguë*, de *chemosis* surtout, qui, dans un nombre assez considérable de faits, nous prouvent que la cornée conserve sa transparence, malgré l'élévation en masse au-dessus du niveau de la cornée des troncs veineux de la conjonctive, extrêmement engorgés et agglomérés ensemble sur le blanc de l'œil, sans que le sang vienne forcer les limites de la cornée avec la sclérotique.

Dans des circonstances différentes de celle-ci, c'est-à-dire, chaque fois que non-seulement les troncs et les rameaux des veines qui serpentent sur le blanc de l'œil, mais encore leurs racines les plus fines sur la surface de la cornée se sont prêtées à une plénitude et une dilatation extraordinaires, là, et conséquemment sur la surface de la cornée, commencent à paroître quelques lignes rougeâtres, autour desquelles se répand peu de temps après une humeur laiteuse ou albumineuse qui offusque et couvre d'un nuage, dans ce

point, le brillant et la diaphanéité de la cornée. La tache blanchâtre, ténue, superficielle, qui en résulte, est précisément celle que je nomme *nuage* de la cornée; et comme cela arrive dans un seul ou dans plusieurs points de la cornée, il en résulte que le nuage est solitaire dans quelques cas, et que d'autres fois il est le résultat de plusieurs points nébuleux distincts entre eux, mais qui tous offusquent la cornée en tout ou en partie.

L'obscurcissement de la cornée, qui se forme quelquefois dans le stade inflammatoire de l'ophthalmie grave *aiguë*, diffère essentiellement de cette espèce d'opacité produite par le nuage dont il s'agit. En effet, c'est, dans le premier cas, une lymphe extravasée, épanchée des extrémités des artères dans le tissu intime, caverneux de la cornée, qui tend à l'altérer profondément, à la grossir, à désorganiser l'intime composition de cette membrane; ou bien c'est un procédé morbifique propre à former dans la eornée une pustule inflammatoire, qui suecessivement dégénère en abcès et en ulcère; tandis qu'au contraire le *nuage* se forme lentement sur la surface externe de la cornée dans le stade *chronique* longuement prolongé de l'ophthalmie, et précédé de varicosité des troncs des veines éparses sur la conjonctive du blanc de l'œil, et ensuite par la dilatation

des racines subtiles de ces mêmes veines situées sur la surface de la cornée; et enfin par l'épanchement d'une sérosité transparente ou albumineuse dans le tissu de la lame subtile de la conjonctive qui recouvre la surface externe de la cornée. Cet épanchement ne s'élève jamais en dehors sous forme de pustule.

D'après ce que je viens de dire, quelque part que la cornée soit affectée de *nuage*, il se trouve toujours sur le blanc de l'œil un faisceau de vaisseaux veineux variqueux [1] plus relevé et plus noueux que tous les autres vaisseaux sanguins du même ordre : si la cornée est nébuleuse sur quelques points de la circonférence, ce sont autant de faisceaux distincts de vaisseaux veineux variqueux, soulevés sur le blanc de l'œil, et parfaitement correspondant aux points distincts nébuleux, dans le contour de la cornée. Au premier coup d'œil on diroit que chacun de ces vaisseaux veineux si prononcés et saillans au-dessus des autres, a forcé le passage du sang des confins de la sclérotique sur la cornée. Je conserve un œil pris du cadavre d'un homme affecté d'ophthalmie chronique variqueuse, avec nuage de la cornée, et mort d'une inflammation de poitrine. Or, ayant injecté les artères et les veines de la tête, j'ai trouvé que la cire dont

[1] Planche II, fig. V. b.

étoient exactement remplies les veines de la conjonctive avoit trouvé un libre passage, tant dans le faisceau le plus relevé des mêmes veines, que dans les racines veineuses de ce même faisceau serpentantes sur la surface de la cornée, dans le lieu précis où le nuage existoit; tandis que dans tout le reste de la circonférence de la cornée la cire s'étoit arrêtée, après avoir rencontré dans ce point des limites entre la cornée et la sclérotique un obstacle insurmontable. Il est admirable d'observer cet œil avec une lentille : on voit le réseau subtil que formoient les petits rameaux veineux et nombreux dans le point d'union de la cornée avec la sclérotique; ils s'anastomosent élégamment entr'eux, et de mille manières, autour de ce cercle : en sorte qu'excepté le lieu où existoit le nuage, aucun ne dépasse la ligne de démarcation assignée par la forte adhésion que prend dans cet endroit la lame subtile de la conjonctive, qui s'avance au-delà pour recouvrir extérieurement la cornée.

Le nuage de la cornée demande, dès son principe, les secours de l'art les plus efficaces; car, quand il n'occupe d'abord qu'un petit trajet de la circonférence de la cornée, il fait cependant des progrès vers le centre, si on l'abandonne à lui-même, et les petites racines des veines dilatées, qui s'augmentent, parviennent, en s'éten-

dant davantage, à faire dégénérer la membrane subtile de la conjonctive, qui recouvre la surface externe de la cornée, en une membrane dense et opaque, qui forme un grand obstacle à la vision, et tend à l'intercepter entièrement.

L'indication curative du *nuage* de la cornée consiste à faire resserrer les vaisseaux variqueux de la conjonctive, jusqu'à leur faire reprendre leur capacité naturelle; et si l'on ne réussit pas il faut détruire la communication des troncs les plus relevés de la conjonctive avec leurs petites racines qui viennent de la surface externe de la cornée, dans le lieu où est le nuage. La premiere manière de traiter s'exécute à l'aide des remèdes locaux astringens et fortifians, mentionnés dans le Chapitre antécédent, surtout avec l'onguent ophthalmique de Janin. Ces remèdes font parvenir au but que l'on se propose, pourvu que le *nuage* de la cornée soit commençant et peu étendu : mais quand il est avancé proche du centre de la cornée; quand le relâchement de la conjonctive et de ses vaisseaux est très-considérable, le moyen le plus prompt, le plus efficace de tous ceux proposés jusqu'ici, est la rescision du faisceau de vaisseaux veineux variqueux [1], proche ses racines, à la proximité du nuage de la cornée. Par ce moyen, on vide et l'on

[1] Planche III, fig. VIII.

dérive

dérive à l'instant le sang ralenti dans les racines des vaisseaux veineux dilatés sur la surface de la cornée; on facilite aux vaisseaux variqueux de la conjonctive la reprise de leur ton naturel et de leur calibre : il s'ouvre sur les confins de la cornée avec la sclérotique une espèce de couloir, qui donne successivement issue à tout ce qu'il y a de sérosité laiteuse ou albumineuse, épanchée dans la texture de la lame subtile de la conjonctive collée au devant de la cornée, ou dans le tissu cellulaire propre qui unit ces deux membranes. On a véritablement lieu de s'étonner de la promptitude avec laquelle ce nuage de la cornée se dissipe au moyen de l'opération dont je viens de parler, puisque, le plus souvent, vingt-quatre heures après la rescision du faisceau des vaisseaux variqueux de la conjonctive, on voit disparoître ce voile épais dans le lieu de la cornée occupé par le *nuage*.

L'extension que l'on doit donner à la rescision des vaisseaux variqueux de la conjonctive, dans les circonstances dont on parle, est déterminée par l'expansion du nuage sur la cornée, et par le nombre des faisceaux des veines variqueuses et noueuses plus élevées et plus prononcées que les autres, qui provient du ternissement de la cornée nébuleuse : en sorte que si le nuage est d'une extension médiocre, et s'il n'y a qu'un seul

faisceau de vaisseaux variquenx [1] qui lui corresponde, c'est précisément celui-là que le chirurgien excisera. Ensuite, s'il existe plusieurs points nébuleux sur la cornée, et par conséquent plusieurs faisceaux de veines variqueuses soulevées et gorgées plus que les autres, disposées en rond, à distances différentes entr'eux sur toute la circonférence du blanc de l'œil, le chirurgien coupera circulairement la conjonctive dans les confins de la cornée avec la sclérotique, puisque de cette manière il sera sûr de comprendre dans la section tous ces vaisseaux variqueux. Quant au fait, on doit avertir que la simple section des faisceaux vasculaires variqueux indiqués, ne satisfait point à l'indication d'enlever pour toujours la communication directe entre les troncs de ces mêmes vaisseaux et leurs racines sur la surface de la cornée. En effet, par le moyen de l'incision, faite, par exemple, avec le dos de la lancette, il est vrai que l'une et l'autre portion des vaisseaux coupés s'écarte en sens opposé, laisse un intervalle manifeste entr'elles; mais il est également certain que, peu de jours après l'incision, les bouches de ees mêmes vaisseaux se rapprochent et s'unissent de manière à reprendre leur première continuité : d'où, pour retirer de cette opération le plus d'avantage possible, il est né-

[1] Planche II, fig. V, b.

cessaire d'enlever avec l'instrument tranchant une portion de ce faisceau variqueux, avec autant de la conjonctive, sur laquelle appuie le faisceau de vaisseaux variqueux.

Pour exécuter cette opération avec promptitude, et avec le moins d'incommodité possible pour le malade, il faut absolument abandonner l'antique méthode, qui vouloit que l'on traversât le faisceau variqueux d'une aiguille et d'un fil; opération fastidieuse au malade, embarrassante pour le chirurgien, d'ailleurs nullement nécessaire. Un aide habile écarte les paupières de l'œil du malade, dont il fixe en même temps la tête contre sa poitrine. Le chirurgien saisira avec une pince fine [1] le faisceau de vaisseaux variqueux proche du bord de la cornée; il le soulèvera un peu et facilement à cause de la laxité de la conjonctive; puis, avec de petits ciseaux courbes, il excisera ce faisceau de vaisseaux variqueux, et en même temps une portion de la conjonctive, en donnant à la section une figure semi-lunaire, et, autant qu'il le pourra, concentrique au cercle de la cornée.

Ensuite, si le cas exige la section de plusieurs faisceaux de vaisseaux variqueux, disposés, à une distance sensible entr'eux, sur le blanc de l'œil, le chirurgien sera prompt à les soulever avec

[1] PLANCHE III, fig. VIII.

les pinces les uns après les autres, et à les emporter peu à peu : ou bien, s'ils sont assez rapprochés pour tout le contour de l'œil, il incisera circulairement la conjonctive sans interruption, en suivant les limites de la cornée avec la sclérotique, et en comprenant ainsi exactement avec la conjonctive tous les faisceaux de vaisseaux variqueux dont on vient de parler.

Cela fait, il laissera couler librement le sang des vaisseaux incisés; il provoquera même son épanchement plus abondant, en appliquant sur les paupières une éponge imbibée d'eau tiède, avec laquelle il continuera à fomenter l'œil, jusqu'à ce que le sang cesse de lui-même de couler. L'œil sera recouvert d'un linge fin et d'un bandage contentif. Le malade ne l'ouvrira que vingt-quatre heures après l'opération, et le chirurgien aura la satisfaction de trouver le nuage totalement disparu, et tellement effacé que la cornée pourra passer pour avoir repris sa première transparence.

Pendant les jours suivans, il convient d'ordonner au malade de tenir l'œil opéré constamment fermé, et recouvert d'un linge fin et d'un bandage contentif; de le laver deux ou trois fois le jour avec de l'eau de mauve tiède. S'il survient une inflammation de la conjonctive qui recouvre le blanc de l'œil, ce qui a coutume d'arriver la

second ou le troisième jour après l'incision, il est curieux de voir, surtout dans le cas de rescision complète et circulaire de la conjonctive, que pendant que la majeure sphéricité de l'œil rougit, un cercle blanchâtre dans le lieu de la rescision forme une ligne de démarcation qui empêche la cornée de participer à la rougeur de la conjonctive. Les remèdes internes anti-phlogistiques, les topiques émolliens font cesser en peu de jours cet état inflammatoire de la conjonctive, et il paroît enfin une couche de mucosité sur tout le trait rescisé de la conjonctive. Par la suite, cette surface rescisée se rétrécit continuellement, jusqu'à se cicatriser tout-à-fait. Les lotions d'eau de mauve, tièdes dans les premiers temps, puis froides, sont l'unique remède local à pratiquer dans ces circonstances, jusqu'à la cicatrice complète de la conjonctive, puisque toute espèce de collyre ou d'onguent stimulant retarde la guérison.

La cicatrice de la conjonctive une fois terminée, on trouve, non-seulement que la cornée a repris sa transparence, mais encore on voit, surtout quand la rescision a été faite sur toute la circonférence de la cornée, une suffisante diminution, une disparition même de la flaccidité contre nature de la conjonctive, autant qu'on peut le désirer, après avoir emporté une portion

de cette membrane dans la direction concentrique au bord de la cornée; de plus la cicatrice retire, lorsqu'elle se termine, la conjonctive d'avant en arrière, et, pour ainsi dire, tendue sur le globe de l'œil. Néanmoins, si, lorsque la cicatrice est achevée, la conjonctive qui recouvre le blanc de l'œil, restoit un peu plus ridée que de coutume, jaunâtre, et marquée çà et là de vaisseaux veineux, menacés de devenir variqueux par la suite: c'est alors que l'on retireroit un grand avantage des topiques astringens, corroborans, de l'onguent ophthalmique de Janin, comme je l'ai exposé dans le Chapitre précédent, au sujet de l'ophthalmie *chronique*.

XXVI[e] OBSERVATION.

Claire Bellinzoni, de Belgiojoso, femme robuste, âgée de trente-trois ans, sujette dès son enfance à une éruption cutanée, principalement au printemps, eut, il y a quelques années, dans l'œil droit, une rougeur qui de l'angle interne s'étendoit vers la cornée, et qui résista à toute sorte de remède local. Après trois ans, cette rougeur, évidemment dépendante d'un faisceau de vaisseaux veineux variqueux de la conjonctive, s'étendit tellement sur la surface externe de la cornée, qu'enfin cette membrane fut obscurcie dans une grande surface, dont les deux tiers étoient

affectés au devant de la pupille. C'est pourquoi, outre que la malade ne distinguoit plus les objets qu'à travers un nuage, le sentiment d'ardeur continuelle dans l'œil, occasionnée par le mal, et sur-tout la crainte de perdre entièrement la vue de cet œil, furent les motifs qui déterminèrent cette femme à se transférer dans cet hôpital.

Le 13 avril 1797, tandis qu'un aide tenoit écartées les paupières de l'œil affecté, je saisis avec des pinces tout le faisceau de vaisseaux veineux variqueux, qui, de l'angle interne de l'œil, s'étendoient vers la cornée, sur la lame de la conjonctive qui la recouvre; et après avoir réuni dans un seul pli tout le faisceau vasculaire, je le soulevai un peu, et le rescisai avec les ciseaux courbes, de manière à figurer la lettre C dans les confins de la cornée avec la sclérotique. Je laissai le sang se dégorger : j'en facilitai même l'écoulement, en appliquant sur les paupières une éponge molle imbibée d'eau tiède : le tout fut ensuite recouvert d'une compresse et d'un bandage contentif.

Le lendemain, les paupières de l'œil droit parurent gonflées, rouges et comme érysipélateuses, ainsi que le côté droit de la face, avec fièvre, chaleur extraordinaire de tout le corps; accident auquel la malade étoit fréquemment sujette depuis quelques années, mais dont jusqu'alors elle n'avoit jamais parlé.

Je prescrivis une diète rigoureuse et une livre de décoction de chiendent, avec un grain de tartre émétique, à prendre à doses réfractées pendant plusieurs jours consécutifs, et j'appliquai sur les paupières engorgées des sachets d'herbes émollientes. Je ne pus avoir aucune connoissance de l'état de la cornée, à cause du grand gonflement et de la tension des paupières.

Le huitième jour, l'érysipele se termina avec desquammation de la face. Ce fut alors que la malade put ouvrir librement l'œil droit, et que je vis avec plaisir la cornée, transparente par-tout de manière à permettre à cette femme de distinguer clairement les objets.

La suppuration fut douce dans le lieu de la rescision; et pour tout remède, jusqu'à parfaite cicatrice de la conjonctive, je n'employai que les lotions d'eau de mauve. Le lieu de la section de la conjonctive dans le point d'union de la cornée avec la sclérotique étant consolidé, j'ordonnai à la malade de s'injecter plusieurs fois le jour le collyre vitriolique avec une petite dose d'esprit-de-vin camphré. L'usage de ce remède redonna à la conjonctive sa première force, et à la cornée son entière transparence. La femme dont je parle est sortie de cet hôpital parfaitement guérie, un mois après son opération, et dans les premiers jours de mai.

XXVII^e OBSERVATION.

Jean Bonfasani, de Santo-Lanfranco, âgé de cinquante ans, fut, quinze ans avant l'accident dont je dois parler, attaqué d'une ophthalmie *aiguë* grave sur les deux yeux, dont la terminaison lui laissa sur le bas de la cornée de l'œil droit un albugo dense, incurable et peu étendu. L'œil gauche se maintint en bon état; mais le droit ne cessa jamais d'être marqué çà et là de petits vaisseaux variqueux de la conjonctive. Un faisceau de ces vaisseaux variqueux de l'angle externe, plus gros, plus relevé que les autres, fit beaucoup de progrès dans le cours de plusieurs années, jusqu'à s'approcher, pour ainsi dire, tellement de la cornée, qu'elle en fut atteinte et prise d'un nuage, à travers lequel le malade distinguoit à peine les objets. D'autres vaisseaux étoient également menacés de la même affection, ce qui occasionnoit au malade une démangeaison désagréable et un larmoiement perpétuel.

Le 8 mai 1798, j'entrepris le traitement de cet homme, en lui coupant, comme je l'ai exposé plus haut, dans les limites de la cornée avec la sclérotique, le faisceau de vaisseaux variqueux qui produisoit le *nuage* de la cornée, en facilitant ensuite la sortie du sang à l'aide des fomentations d'eau tiède.

Le lendemain, je trouvai le nuage de la cornée presqu'entièrement effacé. Le malade se plaignit de pesanteur à l'estomac, de bouche amère. Je lui fis prendre par intervalles une livre et demie de décoction de chiendent, avec une drachme de tartre soluble et un grain de tartre émétique qui procura quelques selles qui furent avantageuses.

Dans le cours de quinze jours, en lavant la partie plusieurs fois le jour seulement avec l'eau de mauve, le lieu de la rescision de la conjonctive se cicatrisa. Je prescrivis ensuite au malade de s'injecter plusieurs fois dans la journée le collyre vitriolique mêlé d'un peu d'esprit-de-vin camphré; j'en retirai beaucoup d'avantage pendant deux semaines consécutives. En effet, la cornée reprit sa première transparence, excepté dans l'endroit occupé primitivement par l'*albugo* dense et incurable. Le malade vit néanmoins assez bien de cet œil, et sortit de l'hôpital trente-six jours après l'opération. Il est à remarquer qu'excepté les quatre premiers jours après la rescision du faisceau de vaisseaux variqueux, le malade est constamment resté levé comme les convalescens.

XXVIII^e OBSERVATION.

Nunciata Laffa, habitante de Genzone, étoit âgée de dix-sept ans, d'une constitution foible,

mal réglée et autrefois très-sujette à des fluxions d'yeux. Le premier janvier 1799, elle vint dans cette école de chirurgie pour être traitée d'un nuage sur la cornée de l'œil gauche, qui depuis deux mois occasionnoit de l'ardeur, du larmoiement et de l'obscurcissement dans la vue.

Le nuage occupoit environ les deux tiers de tout le disque de la cornée, et il étoit manifestement entretenu par un faisceau large, assez relevé, de vaisseaux variqueux, qui s'étendoit de l'angle externe de l'œil jusque sur la cornée. En outre il y avoit sur la surface de ce même nuage un point plus dense, plus blanchâtre et plus opaque que toute la tache superficielle.

Avec des pinces je soulevai ce faisceau de vaisseaux variqueux; je le rescisai avec des ciseaux courbes dans les confins de la cornée avec la sclérotique, et je fomentai avec l'eau tiède pour aider la sortie du sang.

Vingt-quatre heures étoient à peine écoulées, qu'à la levée du premier appareil, le nuage de la cornée s'est trouvé presqu'entièrement dissipé. L'œil fut successivement couvert et lavé plusieurs fois le jour avec l'eau de mauve. Le troisième jour, le lieu de la rescision commença à suppurer sans produire aucun symptôme fâcheux, et dans l'espace de quatorze jours la cicatrice fut consolidée; puis l'usage continué pendant quelques

semaines du collyre vitriolique continua à perfectionner le traitement, en restituant complétement à la cornée sa pellucidité, excepté dans cet endroit de la surface nébuleuse où il existoit dès le principe un point plus dense, plus opaque que tout le reste.

XXIX^e OBSERVATION.

Jacob Deàmici, de Pavie, âgé de cinquante-deux ans, bossu, maigre, tisserand de profession, éprouva pendant plusieurs années à l'œil droit une ophthalmie chronique qui le privoit presqu'entièrement de la faculté de voir de ce côté. Transporté dans cette école de chirurgie le 2 décembre 1794, son œil paroissoit être dans un état si déplorable, que l'on ne pouvoit que très-peu ou rien espérer des secours de l'art. En effet, la cornée de l'œil droit étoit toute nébuleuse et marquée de tous côtés de points blanchâtres profondément opaques; les vaisseaux de la conjonctive étoient relâchés et variqueux sur toute la circonférence de l'œil, d'où ils se prolongeoient sur la cornée en maniere de petites lignes rougeâtres.

J'entrepris néanmoins la rescision de ces vaisseaux, en soulevant avec des pinces la conjonctive mollasse et flasque sur laquelle ils appuyoient, et en emportant avec les ciseaux courbes une portion de cette membrane sur tout le tour de

l'œil dans l'union de la cornée avec la scléroti-
que. Il s'écoula beaucoup de sang. Le lende-
main, je trouvai la cornée beaucoup moins né-
buleuse qu'auparavant.

Du 4 jusqu'au 19 décembre, le malade ne fit usage d'autre remède externe que des lotions d'eau de mauve, et on maintint l'œil à l'abri du contact de l'air et de la lumière au moyen du linge : du reste, il resta constamment levé comme s'il eût été convalescent.

A l'époque indiquée, la cicatrice de la conjonctive fut entièrement complète, et la cornée avoit repris presque son entière transparence, si on excepte les deux taches denses et blanchâtres, grandes chacune comme une pointe d'aiguille. Le malade fit usage avec succès et pendant quelque temps du collyre vitriolique; puis il fut renvoyé de l'hôpital.

XXX^e OBSERVATION.

Dominique Robola, cordonnier, de Pavie, âgé de quarante ans, excessivement porté pour le vin, fut reçu dans cette école-pratique, le 22 mai 1795, pour une ophthalmie chronique sur les deux yeux, dont l'état le rendoit entièrement incapable d'exercer sa profession.

Six ans auparavant, le mal avoit commencé par une rougeur et une démangeaison aux yeux, avec

tuméfaction et des pustules sur les ourlets; et par cette indolence assez ordinaire chez les personnes du peuple, surtout chez les crapuleux, ce cordonnier négligea sa maladie jusqu'à ce qu'il eût entièrement perdu la vue. La conjonctive de chaque œil étoit assez relâchée; sur toute la circonférence du bulbe on voyoit s'élever des vaisseaux variqueux qui dépassoient tout le contour de l'union de la cornée et s'étendoient visiblement sur la lame mince de la conjonctive qui la recouvre. La cornée étoit de plus toute nébuleuse et ternie; les paupières se maintenoient engorgées, les glandes de Meïbomius étoient plus grosses qu'elles n'ont coutume de l'être.

J'excisai circulairement la conjonctive des deux yeux de cet homme. Dans des cas semblables, cette opération est très-facile à exécuter, puisque la conjonctive relâchée est aisément saisie avec les pinces, soulevée en forme de pli sur le contour de l'union de la cornée avec la sclérotique; je facilitai l'écoulement du sang d'abord avec les fomentations d'eau tiède, puis avec les applications des sachets d'herbes émollientes.

Le lendemain, je trouvai la cornée de chaque œil assez éclaircie. Deux jours après, le malade accusa de la nausée et avoir la bouche amère. Je prescrivis la dissolution de deux drachmes de tartrite acidule de potasse et d'un grain de tar-

trite de potasse antimonié dans une livre de décoction de chiendent à prendre par intervalles : c'est ce qu'on répéta aussi deux jours après avec grand avantage pour le malade.

La suppuration muqueuse sur le cercle blanchâtre laissé par la rescision de la conjonctive tarda huit jours à paroître. Vingt-deux jours après, en faisant seulement usage de décoction d'eau de mauve froide, et en tenant les yeux couverts d'un linge fin qui pendoit sur le front, le point de la rescision de la conjonctive se resserra sur lui-même et se cicatrisa. Je fis alors l'emploi matin et soir de l'onguent ophthalmique de Janin et du collyre vitriolique camphré pendant la journée. Dans deux autres semaines, la cornée de l'un et de l'autre œil, mais particulièrement celle du gauche, s'éclaircit au point que l'homme dont on parle distinguoit très-bien, même les petits objets, et put reprendre l'exercice de sa profession.

XXXI^e OBSERVATION.

Le 12 avril 1796, il se présenta dans cet hôpital un mendiant âgé d'environ cinquante ans. Il avoit la cornée de l'œil droit toute offusquée par un *nuage* provenant d'une ophthalmie chronique opiniâtre qui depuis deux mois s'étoit exaspérée par une éruption cutanée sur le côté droit de la

face : la cornée paroissoit, comme je l'ai dit, toute nébuleuse à sa surface; et un peu au-dessus de son centre il y avoit un point blanchâtre plus opaque que tout le reste. Les vaisseaux sanguins de la conjonctive paroissoient grandement gorgés, variqueux, relâchés, et de toute la circonférence du blanc de l'œil on les voyoit passer sur la cornée; les ourlets des paupières étoient en outre gonflés; l'œil larmoyoit, il étoit chassieux.

J'entrepris le traitement en excisant la conjonctive et les vaisseaux sur le contour du blanc de l'œil, proche le bord de la cornée. Il se dégorgea une quantité notable de sang ; le malade fut soulagé, puisqu'il ne se plaignoit plus comme auparavant d'éprouver aucune ardeur. J'appliquai sur l'œil des sachets d'herbes émollientes.

Le lendemain, la cornée se présenta avec un certain degré de pellicidité qui surpassoit autant mon attente que celle des assistans.

Trois jours après, je trouvai une mucosité abondante séparée par les glandes de Meïbomius, et à l'endroit où la conjonctive avoit été excisée il fut nécessaire de faire des lotions avec l'eau de mauve. La cornée devint chaque jour plus belle, et pour détourner toujours avec plus d'efficacité l'afflux humoral des paupières, je fis pratiquer un séton à la nuque de cet homme.

Dans

Dans l'espace de trois autres semaines, la surface rescisée de la conjonctive se cicatrisa parfaitement. C'est alors que je pus faire usage du collyre vitriolique et de l'onguent ophthalmique de Janin. Ces remèdes complétèrent la cure en dégorgeant les glandes de Meïbomius et en fortifiant la conjonctive. Le point blanchâtre, opaque, situé un peu au-dessus du centre de la cornée, resta tel qu'il étoit, sans cependant porter un grand obstacle à la vision.

Additions du Traducteur.

Vers la fin de février 1801, je vis dans les salles de chirurgie clinique de l'université de Pavie Marie-Magdeleine Massarotti, âgée de vingt-neuf ans. Plusieurs chirurgiens l'avoient traitée inutilement d'un nuage qui occupoit la cornée de l'œil gauche : on remarquoit les vaisseaux de la conjonctive très-nombreux, rouges, saillans et gorgés, s'avançant jusque sur la cornée, qui étoit si opaque qu'elle ne permettoit de voir que peu ou confusément les objets que l'on présentoit. Le professeur Scarpa, persuadé que les vaisseaux de la conjonctive étoient la principale cause de cette maladie, se proposa de les enlever et de tâcher ensuite de détruire ou diminuer le peu d'opacité que conserveroit la cornée après l'opération. Le

27, cette opération fut pratiquée de la même manière qui vient d'être exposée. Le professeur Scarpa étoit aidé par M. Cairoli, docteur-médecin de la même université, et excellent chirurgien, chargé du service dans les salles de clinique. Le 2, je vis la cornée déjà plus nette; le malade annonçoit distinguer beaucoup mieux les objets qu'on lui présentoit, et on voyoit la rescision former un cercle parfait autour de la cornée. Le 3, l'inflammation existoit et continua jusqu'au sixième jour. On ne lui a jamais opposé que les émolliens, que l'on cessa à cette époque pour ne plus faire usage que d'une compresse ployée en plusieurs doubles, propre à maintenir chaudement cet organe. Le 7, le collyre suivant fut employé : il consistoit dans quatre grains de sulfate de zinc dissous dans quatre onces d'eau de plantain, avec addition d'une once de mucilage de semences de coing. Le 15, outre ce collyre, on fit encore usage vers le soir de la pommade de Janin, unie cependant à un peu de beurre frais. Le 18 fut le jour de la sortie de la malade, dont l'œil étoit presqu'en aussi bon état que celui du côté gauche, et à laquelle on recommanda encore l'usage des remèdes dont il vient d'être fait mention.

Le 4 août 1802, je fus consulté pour le nommé François Grimbert, âgé de treize ans, natif de

Crépi, en Valois. Cet enfant avoit reçu dans l'œil une poignée de mortier composé de chaux et de plâtre. Quelque précaution qu'on ait prise pour bien laver et nettoyer l'œil, il survint une inflammation des plus vives, à laquelle on opposa les remèdes généraux et les topiques convenables. Cette inflammation est devenue chronique compliquée d'une sensibilité extrême de tout le globe de l'œil et d'un larmoiement abondant. La conjonctive s'est conservée rouge, ainsi que la membrane interne des paupières qu'on voyoit parsemée de vaisseaux très-nombreux, dont quelques-uns se prolongeoient sur le blanc de l'œil en différens endroits.

Ce malade fut amené à Paris et demeuroit rue Neuve-des-Petits-Champs-St.-Martin, chez M. Chenu, perruquier. Mon collègue, M. Bodin, membre de la société de médecine, l'adressa à un oculiste de profession, qui lui donna des soins infructueux pendant deux mois. Les pommades, les collyres ne servirent à rien; et ce petit malade fut enfin amené aux consultations gratuites de la société de médecine, où je le vis pour la première fois. Je reconnus une tache blanche, triangulaire, dont le sommet se prolongeoit jusqu'au devant de la pupille, de manière à empêcher les rayons lumineux de pénétrer dans le fond de l'œil. Cet enfant étoit en grande partie privé de l'usage de

cet œil. La base de ce corps opaque étoit continue, avec un faisceau très-prononcé de vaisseaux variqueux, qui, de la membrane interne des paupières, de la cornée opaque, au-dessous du grand angle de l'œil, s'avançoient au-devant de la pupille; il étoit facile de soulever en forme de pli ce prolongement variqueux. Aidé de M. Bodin, j'en fis l'excision; nous laissâmes couler le sang à l'aide de lotions d'eau tiède, puis le pansement consista dans l'application de compresses imbibées d'eau de guimauve.

Deux jours après cette opération, la cornée, quoique obscurcie par l'effet de l'inflammation, m'a permis de voir que la pupille étoit déjà dégorgée; le malade annonçoit même voir les objets d'une manière plus uniforme : ce qui ne lui étoit pas arrivé depuis long-temps. L'endroit où j'avois excisé étoit blanc et annonçoit une prochaine suppuration. La conjonctive étoit rouge, engorgée; les paupières étoient tuméfiées, mais sans douleur grave : on pouvoit les soulever sans faire souffrir le malade. Le larmoiement étoit abondant; il ne fut rien changé au pansement. Nous prescrivîmes un régime intérieur convenable; nous supprimâmes le vésicatoire qu'on avoit jugé à propos d'établir, et dans l'espace d'un mois la guérison a été complète. Les collyres fortifians ont encore été continués pendant plus d'une quinzaine de jours.

Vers la fin de septembre 1803, je fus également consulté pour Alexis Bariller, âgé de quatorze ans, demeurant, rue Saint-Antoine, chez M. Sagot, chandelier. Cet enfant avoit eu la petite vérole huit ans auparavant; il conservoit des varices de la conjonctive, avec un obscurcissement mince et blanc au-devant de chaque pupille en forme de voile épais. Le clignotement et le larmoiement étoient continuels, et l'impression de la lumière étoit insupportable. Après deux mois d'assiduité aux consultations gratuites, cet enfant me fut adressé; je lui fis appliquer trois sangsues à la paupière inférieure de chaque œil; il s'écoula beaucoup de sang. Le lendemain, quoique l'opacité de la cornée ne fût pas diminuée, l'état de la conjonctive étoit meilleur; je purgeai doucement et quatre fois dans l'espace de quinze jours, ne faisant sur les yeux que des lotions d'eau froide animée avec un peau d'eau-de-vie camphrée. Dès lors le mieux commença à se manifester; les yeux devinrent moins sensibles et plus brillans; le malade distinguoit les objets avec plus d'aisance. A cette époque, je fis usage de la pommade de Janin : bientôt le voile arachnoïde qui couvroit les deux cornées devint si mince que la lumière le pénétroit, et que tous les objets se présentoient d'une manière très-nette. Après deux mois de traitement, cet enfant

s'est trouvé dans le cas d'apprendre la profession de menuisier, à laquelle on le destinoit. J'ai tout lieu de croire qu'ayant continué l'usage de la pommade et d'un collyre stimulant, comme je l'avois instamment ordonné, toute apparence de nuage aura disparu.

Le 29 septembre 1804, je fus consulté par une personne de Pau, département des Basses-Pyrénées. Je transmets ici un extrait du Mémoire qui me fut adressé, auquel on joignit un dessin qui représentoit exactement l'état actuel de l'œil malade. M ***, d'un tempérament phlegmatico-sanguin, et d'une légère disposition écrouelleuse, valétudinaire pendant toute son enfance, parut myope à l'âge de treize à quatorze ans. C'est à cette époque seulement qu'on s'en aperçut, et sa santé a été assez bonne jusqu'en 1801, à deux ophthalmies près qui laissèrent une taie bien prononcée sur la cornée transparente de l'œil gauche, à côté de la pupille, vers l'angle externe. La vue n'en étoit pas troublée, lorsqu'en 1801 ce même œil fut pris d'une troisième ophthalmie, contre laquelle on employa, peut-être avec excès, les sangsues, qui avoient été salutaires jusque-là. M *** ne souffrit pas autant qu'en 1792-98; mais depuis trois ans il reste une sorte d'inflammation chronique contre laquelle on a vainement tout tenté. Cet œil est plus rouge le matin

et après le sommeil. Dans le mois de janvier 1804, les vaisseaux étant plus gorgés qu'à l'ordinaire, M*** fut disposé à se faire circoncire la conjonctive selon le procédé de Scarpa, dans l'espoir de mettre fin à son infirmité. On prit un parti mixte, en coupant avec des ciseaux les vaisseaux les plus rouges; et ceux épargnés abondant de toutes parts vers la conjonctive, il arriva qu'après deux mois d'une inflammation violente, la taie communiquant avec un vaisseau rouge, donna naissance à un léger nuage qui obscurcit une partie de la pupille au point de troubler un peu la vue. C'est contre cet inconvénient qu'on me demandoit alors s'il n'étoit pas urgent de recourir à la circoncision de la conjonctive d'après la méthode de Scarpa. M*** désiroit encore savoir si les pinces carrées ont un grand avantage sur celles à pointes aiguës pour diminuer les coups de ciseau. N'est-il pas plus méthodique, dit-il, de commencer l'excision par la partie inférieure? Y a-t-il quelque avantage à commencer la section par un des angles plutôt que par l'autre, ou bien cela est-il indifférent?

Ma réponse fut celle-ci : le Mémoire à consulter ne laisse aucune équivoque sur l'existence d'un état variqueux des vaisseaux de la conjonctive, suite d'une inflammation chronique. Les remèdes astringens et infiniment variés employés

jusqu'à ce jour n'ont produit aucun bien ; on pourroit même dire qu'ils seront tout-à-fait inutiles tant que cette lésion organique existera. Quelque soit la cause qui puisse donner lieu à cette maladie, on ne peut s'empêcher de la considérer comme locale, et applaudir au parti qu'on est prêt de prendre. L'excision des vaisseaux est devenue indispensable; elle seule peut dissiper le nuage qui s'est formé sur la cornée, et peut-être faire diminuer cette taie, si elle n'est pas le produit d'une cicatrice. Cette opération est nécessitée par cette atonie des parois des veines de la conjonctive, qui fait craindre chaque jour l'augmentation des accidens locaux et la non disparition spontanée de la maladie.

On ne doit pas redouter cette opération, qui, à la vérité, est incommode pour celui qui s'y soumet, sans être douloureuse; elle n'est pas difficile à pratiquer, et tout nouvellement j'ai obtenu des succès qui m'ont particulièrement confirmé ceux dont j'avois été plusieurs fois témoin auprès du professeur Scarpa. Souvent j'ai opéré sans aucune précaution préliminaire, et en dernier lieu j'ai cru devoir en user de quelques-unes peu importantes en elles-mêmes, mais fort utiles pour l'instant où l'on veut opérer. La sensibilité exquise de la membrane conjonctive saine ou malade apporte toujours quelques obstacles lors-

qu'il s'agit de pincer les vaisseaux pour les exciser, à moins que ceux-ci ne soient en faisceaux saillans bien prononcés. Pour émousser cette sensibilité, j'ai pris le parti d'accoutumer cette membrane au contact des instrumens, en la touchant plusieurs jours auparavant trois ou quatre fois dans la même journée avec le bouton d'un stylet. Ce moyen m'avoit réussi dans quelques opérations de cataracte, et avant moi d'autres praticiens l'avoient éprouvé. J'ai cru devoir en faire l'application au cas dont il s'agit. Il est vrai qu'il irrite un peu et qu'il augmente l'injection des vaisseaux variqueux; il les rend aussi plus faciles à saisir, à exciser, et le malade supporte mieux l'opération.

Les pinces aiguës, telles que celles qui servent aux dissections, sont préférables à toutes les autres; elles soulèvent également bien tout ce qu'on veut emporter et permettent plus facilement l'action des ciseaux courbés sur leur plat : de plus, elles conviennent mieux à la sphéricité du globe que les pinces à pointes carrées qui ne saisissent pas mieux les objets, qu'on ne dirige pas avec la même précision sur les points nécessaires; d'ailleurs on courroit risque d'en rencontrer les angles entre les tranchans des ciseaux.

L'excision est, à n'en pas douter, le seul re-

mède local auquel il faille recourir; on doit la diriger constamment de manière que, faite sur la sclérotique, elle approche assez près du cercle de la cornée, avec laquelle elle doit être excentrique. Il est bon de commencer par la partie inférieure et horizontalement dans ce point qui est le plus difficile, puis en dehors de la caroncule lacrymale dans une direction de bas en haut; de même à l'angle externe et à la partie supérieure : en sorte que, pour une main exercée et légère, quatre coups de ciseaux puissent suffire. Il faut beaucoup compter sur la patience, sur le courage du malade, qui éprouve plutôt une incommodité qu'une véritable douleur. Comme on fait toujours assez promptement quand on fait bien, l'opérateur aura soin de comprendre chaque fois et avec précision, de soulever légèrement tout ce qu'il voudra emporter, afin de l'isoler le plus qu'il sera possible de la sclérotique. Si, malgré son adresse, il restoit encore quelques vaisseaux qui eussent échappé au tranchant, après avoir bien absorbé le sang il les saisira pour les retrancher à leur tour.

Il convient de laisser couler le sang en bassinant l'œil avec de l'eau tiède, et on recouvrira le tout d'un cataplasme émollient ordinaire ou fait avec la pulpe de pomme cuite. On ne doit pas igno-

rer que les paupières se gonfleront bientôt assez pour empêcher de voir ce qui se passe dans l'œil. Sur ce point, il ne faudra pas être trop impatient: on attendra le dégorgement qui s'opérera, pour voir les surfaces excisées en suppuration. Ce traitement sera le même jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'inflammation. A cette époque, en se rappelant qu'on a converti en *aiguë* une inflammation chronique, transformé en procédé curatif celui de la nature qui étoit maladif, on sait qu'une foiblesse locale sera le résultat de cette opération. Les lotions toniques avec la décoction d'écorce de chêne ou de kina; le vin chaud, d'abord affoibli avec un tiers d'eau et sucré; puis le vin pur, sont tout ce qu'on peut employer de meilleur. On ne négligera pas les évacuans et autres remèdes internes dont la médecine doit faire une juste application dans le cas où il surviendroit des indications qu'on ne peut prévoir pour l'instant. Toujours est-il vrai qu'on doit entretenir une sorte d'irritation continuelle du tube intestinal, en procurant, à l'aide des moyens connus, une ou deux selles par jour.

Si M*** hésitoit un peu à se faire opérer; s'il jugeoit avec moi qu'il pût attendre un mois, six semaines sans grand inconvénient, je pense qu'eu égard à sa disposition écrouelleuse, il feroit bien

d'avoir un séton à la nuque. Je ne serois pas étonné que l'œil s'en trouvât mieux. Il est surtout engagé à prendre ce parti, s'il n'a pas l'avantage de trouver près de lui une main exercée qui légitime toute la confiance qu'il doit avoir en elle.

Paris, ce 4 novembre 1804.

(LÉVEILLÉ.)

CHAPITRE IX.

De l'Albugo et du Leucoma.

COMME je l'ai dit dans le chapitre précédent l'*albugo* et le *leucoma* diffèrent essentiellement du *nuage* de la cornée, en ce que l'*albugo* et le *leucoma* ne sont pas le produit d'une ophthalmie lente, *chronique*, avec veines variqueuses de la conjonctive; de l'effusion d'une sérosité ténue, laiteuse, dans la texture de la lame subtile de la conjonctive qui recouvre la cornée; mais l'effet d'une ophthalmie inflammatoire grave *aiguë*, au moyen de laquelle il suinte des extrémités artérielles, superficiellement ou profondément, une lymphe dense, concrescible, dans le tissu de la cornée: ou bien la maladie n'est qu'une vraie cicatrice dure, calleuse de la cornée, suite d'un ulcère ou d'une plaie avec perte de substance de cette même cornée. C'est particulièrement au premier cas qu'il convient d'affecter le nom d'*albugo*, et au second celui de *leucoma*; surtout si la cicatrice ou la tache dense, coriace, occupe toute la cornée ou une très-grande partie.

L'*albugo* récent produit par la violence d'une ophthalmie inflammatoire grave *aiguë*, qui a cé-

dé à l'usage des remèdes généraux et des topiques émolliens, en laissant une tache sur la cornée, nous offre une couleur laiteuse, claire; celui qui est invétéré acquiert la couleur d'une terre crayeuse blanche, ou celle d'une perle. Dans cette dernière classe, il s'en trouve beaucoup qui semblent n'avoir plus aucune relation avec le systême vasculaire de la cornée, puisqu'elles sont isolées dans le centre de cette membrane transparente, sans causer au malade, ni ardeur, ni sensation incommode, sans aucune dépendance des vaisseaux de la conjonctive, sans que le reste du globe de l'œil en paroisse aucunement vicié, et sans que la nature tente aucune voie d'absorption.

L'*albugo* récent se dissipe le plus souvent à l'aide des mêmes moyens usités dans le premier et dans le second temps de l'ophtalmie grave *aiguë*; c'est-à-dire, d'abord avec les saignées générales et partielles, avec les remèdes anti-phlogistiques internes, et par l'application des topiques émolliens; dans le second temps, on emploie les topiques astringens, légèrement irritans et fortifians, pourvu cependant que, dans l'une ou l'autre époque, l'extravasation de la lymphe concrescible, produite par le suintement des extrémités artérielles enflammées, n'ait point désorganisé la texture intime de la cornée. En effet, le stade inflamma-

toire passé, si, à l'aide des remèdes locaux, on excite et ranime l'action du système vasculaire absorbant de la cornée, la lymphe concrescible, stagnante dans cette membrane, et qui formoit l'albugo, étant absorbée, la cornée reprend sa première transparence. Cette membrane a beaucoup d'affinité avec les parties ligamenteuses. Semblable aux ligamens, elle est douée de peu de vitalité; elle est sans vaisseaux rouges, et ce n'est que dans l'état inflammatoire que sa sensibilité se développe d'une manière exquise. Dans cette membrane, comme dans les parties ligamenteuses peu vitales, l'inflammation se résout lentement; et c'est pour cela qu'elle laisse facilement après elle une portion de lymphe concrescible, qui, durant le stade inflammatoire, s'est versée dans le tissu de cette même cornée, et y produit l'opacité, qui, après la cessation totale de l'inflammation, ne se dissipe pas autrement que par la voie de l'absorption, qui ne peut être provoquée qu'à l'aide des topiques stimulans.

Mais bien que l'on réussisse souvent dans l'*albugo* récent, il n'en est pas de même, lorsque, par la longueur de la maladie, l'action du système absorbant de la cornée, s'est engourdie dans le lieu affecté; ou quand la texture intime de cette membrane a été désorganisée par l'extravasation qui s'est faite des extrémités artérielles

dans l'intérieur de ses mailles celluleuses, d'une lymphe dense et tenace : car, que l'humeur formant l'*albugo* ait été absorbée ou non, la texture intime de la cornée, endommagée en ce point, présente pour toujours une tache opaque.

C'est pourquoi les circonstances les plus favorables au traitement de l'*albugo* exigent que la maladie soit récente, sans désorganisation dans le tissu de la cornée ou de la membrane conjonctive qui la recouvre ; que les sujets qui en sont affectés soient d'un âge tendre, parce que, chez eux, le système lymphatique agit avec une promptitude extrême, et parce que son action peut être plus grandement accrue que de coutume, à l'aide des stimulans externes. A la suite d'une grave ophthalmie varioleuse aiguë, j'ai vu maintes fois, chez les enfans, ces taches ou *albugo* rester, après la disparition de l'ophthalmie, isolés dans le milieu de la transparence de la cornée, se dissiper insensiblement dans le cours de quelques mois, et même quelques uns spontanément, contre mon attente. Heister [1], Langguth [2], Richter [3] ont fait la même observation. Certes, on ne peut attribuer ce phénomène qu'à l'action vigoureuse du sys-

[1] Institut. chirurg. tom. I. cap. LVIII.

[2] Dissert. de oculorum integritate improvidæ puerorum ætati sollicitè custodiendâ. § 21.

[3] Elem. di chirurg. tom. II, cap. IV.

tème

tème lymphatique absorbant dans les enfans, et à la non désorganistion, dans ces cas, de la texture intime de la cornée dans le lieu de l'engorgement ou de l'effusion d'une lymphe concrescible.

De tous les remèdes locaux propres à provoquer l'absorption indiquée, dans l'*albugo* récent n'étant déjà plus compliqué d'inflammation du globe de l'œil, et dans celui qui est invétéré, ceux qui m'ont été les plus avantageux sont le collyre saphyrin [1], l'onguent fait avec l'oxide de zinc, l'aloès, le muriate de mercure non oxigéné et le beurre frais [2]; celui de Janin, le fiel de bœuf, de brebis, de brochet, de barbeau : à l'aide d'un petit pinceau, on en porte sur la cornée trois ou quatre fois le jour, afin qu'il n'irrite pas trop. Le fiel du bœuf et de la brebis stimule plus que celui des poissons [3]. Chez quelques sujets dont les

[1] C'est une solution de deux scrupules de muriate d'ammoniac, et de quatre grains d'acétite de cuivre, dans huit onces d'eau de chaux. On laisse pendant vingt-quatre heures ces ingrédiens mélangés, puis on filtre le tout.

[2] Oxide de zinc, une drachme, aloès, muriate de mercure doux, de chaque deux grains; beurre frais, une demi-once : mêlez et faites un onguent.

[3] Depuis deux mille cinq cents ans avant nous, on a toujours employé avec succès les topiques stimulans pour le traitement de l'*albugo*; mais ce n'est que de nos jours

yeux étoient trop irritables, et ne pouvoient supporter l'action des remèdes que je viens d'indiquer, j'ai employé avec avantage l'huile de noix un peu rance; chaque jour, et pendant plusieurs mois, j'en faisois instiller deux ou trois gouttes toutes les deux heures. Il en est d'autres chez lesquels j'ai tiré beaucoup d'avantage du suc miellé de *petite centaurée*. En général, pour peu que les circonstances semblent favorables pour obtenir la guérison de l'*albugo*, il convient d'insister long-temps, et avec toute l'exactitude possible, pendant au moins trois ou quatre mois consécutifs, dans l'usage des remèdes locaux et universels, que l'on croira les plus appropriés à la nature du cas, et à la sensibilité particulière de l'œil malade, avant de perdre tout espoir de succès, et de déclarer le mal incurable.

Du reste, tous les moyens jusqu'alors proposés pour le traitement de l'*albugo* invétéré, coriace, proprement appelé *leucoma*, et de celui qui provient d'une cicatrice; ces moyens, dis-je, consistant dans la raclure des lames de la cornée, dans la perforation de cette membrane, dans un ulcère artificiel excité sur une portion de ce même

que l'on connoît les principes rationels de cette manière de traiter. Ils sont déduits des notions exactes que nous avons sur l'action du système sanguin et absorbant dans l'état de santé et dans celui de maladie.

leucoma, sont entièrement inutiles, inventés par l'ignorance de la structure des parties intéressées dans cette maladie, et vantés par la charlatanerie. En effet, soit que l'on diminue l'épaisseur de la cornée par le moyen de la raclure ou du tranchant d'un instrument, on ne peut en aucune manière rendre à cette membrane la transparence qu'elle a perdue; et quand encore, aussitôt après l'opération, un peu de lumière traverseroit pour frapper le fond de l'œil, cet avantage ne seroit que momentané, puisque l'ulcère produit par la raclure ou par l'incision, se cicatrisant et devenant de nouveau calleux, reproduiroit sur la cornée ce premier état d'opacité. Ensuite l'ulcère artificiel établi sur le leucoma lui-même, seroit inutile, si le mal ne dépendoit que d'une lymphe dense, stagnante; mais le fait démontre le contraire, et prouve que le *leucoma*, non le produit d'une cicatrice, est en même temps formé par une humeur épaissie, et par la désorganisation de la texture intime de la cornée. C'est en cela que consiste, comme on l'a dit, la différence qui existe entre l'*albugo* et le *leucoma*.

Additions du Traducteur.

En 1802, j'ai eu occasion de donner mes soins à une des filles de M. de Bourgoing, alors am-

bassadeur près la cour de Suède. Cette demoiselle, âgée de six ans, avoit eu une fièvre éruptive qui lui avoit laissé sur l'œil gauche une tache blanche, large comme la tête d'une épingle ordinaire, et située presque immédiatement au centre de la pupille. Je vins à bout, à l'aide des moyens indiqués, de dissiper en entier tous les symptômes d'une inflammation chronique; puis je prescrivis les topiques stimulans dont l'usage a été long-temps continué. Aujourd'hui il ne reste pas vestige de cette incommodité, et cet œil gauche est aussi brillant, aussi net que l'autre. Cet avantage, cependant, n'a été obtenu qu'après un traitement rigoureusement suivi pendant six mois.

Le 15 mai 1805, M. de *Jugeals*, de Brives-la-Gaillarde, m'amena sa fille, âgée de dix ans, qui avoit eu la petite vérole dix mois auparavant. Cette jeune personne conservoit sur la cornée de l'œil gauche une tache blanche qui ne comprenoit point cette membrane transparente dans son entier, puisque, vers la tempe et en bas, on distinguoit très-bien un arc de cercle de l'iris aussi noir, aussi beau qu'on pouvoit le desirer. En conséquence de cette disposition, il étoit facile d'apercevoir les objets de côté et en bas. Cependant cette tache ne me parut pas tellement opaque que les rayons lumineux ne pussent la traverser directement et faire une impression obscure dans le

fond de l'œil. Elle ressembloit parfaitement à une couche de lait, qu'à l'aide d'un pinceau on auroit étendue sur un corps transparent. Cet œil affecté ne louchoit pas, et quand on fermoit l'autre pour fixer un objet, il l'apercevoit sans trop en distinguer les contours ni les formes au premier instant; mais on finissoit par les reconnoître quoique confusément. Pour quelqu'un non prévenu, il y avoit tant de régularité dans la manière de regarder, qu'au premier abord on ne remarquoit point cette difformité que l'attention et l'observation seules faisoient découvrir. De plus, un fait constant, c'étoit que, depuis dix mois, les personnes accoutumées à voir la malade croyoient avec fondement s'apercevoir d'une amélioration dans son état : ce qui fit espérer une augmentation de mieux pour la suite.

Eu égard à la constitution physique, la malade, assez grande pour son âge, étoit maigre, délicate et assez pâle, sans cet appareil de forces qui convient à cette époque de la vie. Les digestions ne paroissoient pas se faire très-bien, parce que les selles étoient fréquentes. Cette circonstance s'accordoit asssez bien avec la constitution physique sur laquelle j'ai cru devoir jeter un coup d'œil rapide.

Maintenant si on recherche quel étoit le siége de la maladie, il sera facile de s'assurer qu'il ne

résidoit point sur la surface extérieure de la cornée, dans le tissu propre de la membrane conjonctive, qui, dans ce point, se réfléchit au devant d'elle. On saura que la substance même de la cornée étoit affectée, non au point d'avoir totalement perdu sa pellucidité, puisqu'elle en conservoit encore un peu dans le point où elle étoit plus maltraitée; mais on se convaincra sans peine que cette tache n'étoit point l'effet d'une cicatrice, puisqu'il n'y avoit pas eu d'ulcération antécédente, et que sous ce rapport on ne pouvoit pas croire à un *leucoma*, maladie regardée jusqu'ici comme absolument incurable, parce qu'il n'est point au pouvoir de l'art de guérir les effets fâcheux des cicatrices. L'affection particulière à mademoiselle étoit un albugo produit par l'extravasation d'une petite quantité d'une lymphe dense et concrescible dans le propre tissu de la cornée, ce qui établit une différence bien marquée entre le *leucoma* dont le caractère précis vient d'être assigné, et qu'avec une attention légère on pourroit aisément confondre, au grand détriment du malade.

L'albugo, suite d'une ophthalmie aiguë qui a cédé à l'usage des remèdes généraux, laisse sur la cornée une tache laiteuse claire lorsqu'il n'est pas plus ancien que celui dont il s'agit, loin d'avoir l'apparence d'une terre crayeuse blanche,

ou celle d'une perle, quand il est invétéré. Sans rien promettre, on est presque assuré de guérir ceux qui ressemblent à celui pour lequel on me consultoit, puisque la lymphe extravasée est en si petite quantité que la texture intime de la cornée n'est point désorganisée. « D'après ces considérations sur la nature de la maladie, on peut, disois je dans ma consultation, jeter un coup d'œil général sur les motifs qui doivent diriger la prescription du traitement le plus convenable. Pour l'indiquer plus sûrement, il est nécessaire de consulter la nature de la partie affectée : douée de très-peu de vitalité, la cornée est insensible dans l'état de santé; le sang ne la pénètre point : et lorsqu'elle est malade par inflammation, elle est le siége des douleurs les plus vives. Tout ce qui est extravasé dans son tissu ne disparoît pas toujours avec cette inflammation, il reste une opacité qui ne peut se dissiper que par la voie de l'absorption, et celle-ci n'est jamais mise en activité qu'à l'aide des topiques stimulans : d'où il est à conclure que si, par elles-mêmes, les parties jouissent de très-peu de vitalité, le médecin ne doit avoir d'autre but que de l'exciter, de l'augmenter. Ceci devient facile chez les sujets jeunes, dont le système lymphatique est extrêmement actif et sur lequel les stimulans externes font une prompte impression.

« Mais, pour que ce traitement local réussisse, il ne faut pas négliger tout ce qui est relatif à la constitution générale. Chez cette demoiselle, elle est foible et délicate; c'est une raison pour qu'on la fortifie, en conciliant la propriété des remèdes internes avec ceux qu'il est besoin d'appliquer à l'extérieur. Comme chez notre malade on aperçoit un mieux sensible depuis plusieurs mois, il est à présumer qu'il sera plus décidé lorsque tous les systèmes auront acquis un égal degré de vigueur, et que, sans y compter précisément, la cure complète ne sera pas vainement attendue à une époque que le praticien le plus instruit ne peut point déterminer. On connoît cependant de ces cas heureux où quelques mois ont suffi; d'autres enfin, et en plus grand nombre peut-être, où il a fallu plus d'une année pour une parfaite disparition ou pour une très-grande amélioration. Persuadés que la circonstance dans laquelle nous nous trouvons permet de tout espérer, nous croyons devoir conseiller le double traitement suivant, comme le mieux indiqué et le plus conforme au but qu'on se propose d'atteindre. »

Ce traitement que je crois inutile de rapporter ici, est absolument le même que celui indiqué par le professeur Scarpa, et dont j'ai éprouvé les bons effets. J'ai cru devoir lui associer quelques médicamens intérieurs propres à fortifier les or-

ganes de la digestion et à soutenir les forces: point essentiel pour parvenir à une heureuse fin. Pendant une huitaine de jours j'ai suivi de près cette malade, chez laquelle j'ai aperçu une amélioration si marquée que les étrangers s'en apercevoient lorsqu'ils passoient quelques jours sans voir cette jeune personne, qui, si elle n'est point complétement guérie aujourd'hui, doit conserver au moins une difformité très-légère et à peine sensible. Il est à croire que l'activité augmentée du système lymphatique aura fait disparoître le tout.

(Léveillé.)

CHAPITRE X.

De l'Ulcère de la cornée.

L'ULCÈRE de la cornée est une conséquence assez ordinaire de la crevasse d'un petit abcès qui se forme souvent derrière la lame subtile de la conjonctive qui recouvre la cornée, ou dans la substance de cette membrane même, à l'occasion d'une ophthalmie grave *aiguë*. D'autres fois, l'ulcère de la cornée est le produit du contact de matières corrodantes, tranchantes, piquantes, insinuées dans les yeux: comme seroient la chaux vive, des portions de verre ou de fer, des épines, et autres causes de ce genre, propres à produire solution de continuité.

Le petit abcès de la cornée est accompagné des mêmes symptômes de l'ophthalmie grave inflammatoire, principalement d'un sentiment incommode de tension dans l'œil, le sourcil, à la la nuque; d'une chaleur brûlante, d'un larmoiement abondant, de l'aversion pour la lumière, de rougeur intense dans la conjonctive, surtout près du siége du petit abcès.

Si l'on compare cette petite pustule inflammatoire avec d'autres semblables qui se forment sur

toute l'habitude du corps, il est ordinaire qu'elle tarde assez à s'ouvrir, même lorsque la suppuration est formée. De plus, l'expérience a démontré que pour solliciter l'issue de cette matière contenue, il ne convient point d'ouvrir la pustule avec la pointe de la lancette ou avec quelque autre instrument, comme le font beaucoup de chirurgiens; car, bien que ce petit abcès semble parvenu à son plus haut degré de maturité, la matière contenue est si tenace, et pour ainsi dire tellement agglutinée à la substance de la cornée, qu'elle ne sort point par l'ouverture artificielle qu'on a pratiquée; qu'au contraire, cette ouverture artificielle exaspère plutôt la maladie, accroît l'obscurcissement de la cornée et souvent détermine la formation d'un autre petit abcès dans le voisinage du premier. Dans de telles circonstances, l'expédient le plus sûr est de temporiser jusqu'à ce que l'abcès s'ouvre de lui-même au-dehors, en provoquant cet état à l'aide des fomentations fréquentes, des bains de l'œil avec l'eau de mauve tiède et l'application de sachets d'herbes émollientes.

Le plus souvent un accroissement subit de tous les symptômes de l'ophthalmie annonce l'ouverture du petit abcès de la cornée; on éprouve particulièrement un sentiment d'ardeur intolérable dans le point de la cornée qui étoit aupa-

ravant le siége de l'abcès : cette ardeur s'augmente toutes les fois que le malade meut le globe de l'œil affecté ou simplement les paupières. C'est ce dont on est évidemment assuré, en observant qu'à l'endroit de la cornée qui étoit le siége de la petite pustule blanchâtre, on remarque un enfoncement qui devient encore plus manifeste, si on regarde de profil l'œil malade.

Les corps étrangers entrés dans l'œil et qui ont simplement incisé une partie de la cornée, ou qui sont implantés dans elle, ne laissent ordinairement point d'ulcère, et la partie lésée se consolide par première intention, pourvu qu'ils soient aussitôt retirés. Ceux qui effleurent ou brûlent la surface de cette membrane doivent être aussitôt retirés, sinon ils déterminent l'ophthalmie *aiguë*, la suppuration autour du lieu de la lésion ou de leur implantation, enfin l'ulcère s'ensuit.

L'ulcère de la cornée a cela de commun avec les solutions de continuité ulcéreuses de la peau où ce tégument est subtil, tendu, et doué en même temps d'une sensibilité exquise, qu'à sa première apparition il prend une couleur brune, cendrée; son contour est rouge, ses bords sont gonflés et irréguliers; il occasionne une douleur très-vive ; au lieu de pus, il suinte une sérosité âcre de sa surface qui tend à s'élargir et à s'approfondir rapidement. Tel est précisément le ca-

ractère de l'ulcère de la cornée, de ceux qui affectent les bouts des mamelles, le gland de la verge, les lèvres, le bout de la langue (ceux-ci se nomment *aphthes*), les tarses, l'entrée du conduit auditif, des narines et autres endroits où la peau subtile, tendue et assez sensible, est diversement repliée.

Les petits ulcères de cette classe, abandonnés à eux-mêmes ou mal traités, s'élargissent en peu de temps, deviennent profonds et détruisent les parties qu'ils occupent; puis, si celui de la cornée s'étend en surface, cette membrane perd bientôt sa transparence: cet ulcère se creuse en forme de tube, pénètre dans la chambre antérieure de l'humeur aqueuse dont l'écoulement s'ensuit; et successivement il se forme une fistule de la cornée. L'ouverture devient-elle plus ample? outre l'écoulement de l'humeur aqueuse, il existe encore une maladie beaucoup plus grave que l'ulcère: c'est la procidence d'une portion de l'iris, la sortie du crystallin et du corps vitré, en un mot la destruction entière de l'organe de la vue. Il n'est pas rare de voir cet accident très-grave être la suite d'une forte ophthalmie gonorrhoïque *aiguë*, compliquée d'atonie ou de défaut de vitalité dans la cornée: d'où il résulte que cette membrane ne sent plus l'action des remèdes internes et externes propres à arrêter les progrès de l'ulcération, qui,

nonobstant les moyens les mieux indiqués, s'étend très-promptement sur cette membrane transparente, jusqu'à son entière destruction.

Enfin, aussitôt qu'un ulcère paroît sur la cornée, il est de la plus grande importance d'en arrêter sur-le-champ les progrès autant que le permet la nature du mal, ou d'intervertir la marche de la maladie de manière qu'au lieu de tendre à la destruction de cette membrane, elle procède à son rétablissement; ce qui exige d'autant plus de soin de la part du chirurgien, que les difficultés de changer cette marche morbifique en procédé curatif croissent en raison de l'extension et de la profondeur de l'ulcère : comme aussi parce que, quand bien même on obtiendroit en peu de temps la guérison d'un large ulcère de la cornée, le tort qu'en éprouve la vision, à cause de la vaste cicatrice qui en résulte, devient irréparable.

Pour ce qui est du traitement de l'ulcère de la cornée, c'est une grande erreur, je pense, que commettent quelques maîtres en chirurgie, qui enseignent que l'on ne peut employer avec fruit aucun remède externe dans la vue de guérir cette maladie, si l'on n'a point détruit ou dissipé en grande partie l'ophthalmie aiguë. C'est précisément le contraire que démontre l'expérience, qui apprend que l'on doit avant tout appliquer

sur l'ulcère ces remèdes locaux qui sont capables de détruire promptement ou d'adoucir la sensibilité morbifique accrue, et d'arrêter en même temps le procédé destructif qui prédomine dans ce même ulcère; enfin, l'expérience dit de recourir à tous ces moyens qui sont propres à dissiper l'ophthalmie dans le cas où elle ne disparoît pas d'elle-même à mesure que l'ulcère tend vers la guérison. Des observations certaines et réitérées nous confirment comme une vérité que c'est l'ulcère qui entretient l'ophthalmie, et non celle-ci l'ulcère [1]. Il est vrai que dès l'ouverture d'un petit abcès de la cornée, les symptômes de l'ophthalmie *aiguë* deviennent plus intenses, la rougeur de la conjonctive s'augmente ainsi que la turgescence des vaisseaux de cette membrane; mais il est également certain que cet effet ne dépend que d'un afflux occasionné par la sensibilité accrue du point ulcéré de la cornée. Au contraire, dès que cet excès de sensibilité de l'ulcère de la cornée cesse ou diminue de force, l'ophthalmie suit la même marche; et enfin l'ulcère se détergeant et se cicatrisant, l'ophthalmie se résout et disparoît par degrés, ou n'exige tout au

[1] Excepté ce cas dans lequel l'ulcère paroît dans le plus haut degré de l'ophthalmie *aiguë* grave, alors la première indication est de diminuer le plus tôt possible la force de l'inflammation avant de traiter l'ulcère.

plus, vers la fin du traitement, que l'usage continué pendant plusieurs jours de quelque collyre astringent et fortifiant.

Chaque jour nous fournit des exemples semblables à celui-ci. Nous voyons de petits ulcères situés ailleurs que sur la cornée, dans l'intérieur des lèvres, sur le bout de la langue, sur celui des mamelles, sur le gland, qui, comme je l'ai dit, se couvrent dès leur apparition d'une couche cendrée, déterminent une inflammation autour du lieu qu'ils occupent et occasionnent une démangeaison et un sentiment de chaleur brûlante fort incommode. Pour dissiper cette inflammation, nous faisons comme le vulgaire : nous émoussons promptement l'excès de sensibilité de ces ulcères que nous faisons marcher vers la cicatrice; après quoi, l'inflammation qui les environnoit, qui les comprenoit, cesse et se dissipe sur-le-champ sans qu'il soit besoin d'user d'autres remèdes propres uniquement à combattre l'inflammation.

Le caustique est le meilleur de tous les moyens que l'art puisse employer dans tous ces cas; lui seul produit un effet aussi prompt et aussi bon. En effet, il détruit immédiatement les extrémités découvertes des nerfs dans le point ulcéré; il enlève promptement cet excès morbifique de sensibilité qui domine dans la partie affectée; il convertit

vertit la surface cendrée de l'ulcère et l'humeur âcre dont il est imbu en une croûte ou escarre qui fait les fonctions d'épiderme, modère le contact des parties voisines sur l'ulcère même; enfin le caustique convertit le procédé destructif de l'ulcère en celui propre à sa *granulation*, à sa cicatrisation.

Pour cautériser l'ulcère de la cornée, le caustique que l'on doit préférer à tout autre est le nitrate d'argent fondu. On le taille comme un crayon; et après avoir bien écarté les paupières du malade et fixé la supérieure au moyen de l'*élévateur* de Pellier [1], on en porte la pointe sur l'ulcère de la cornée que l'on touche et sur laquelle on appuie assez pour former escarre. Si quelque peu de nitrate se dissout avec les larmes, on l'enlève en douchant l'œil avec du lait.

Pendant la cautérisation, le malade accuse une douleur des plus acerbes; mais cet excès d'incommodité est amplement compensé par le calme qu'il éprouve peu de minutes après l'application du caustique. En effet, il sent cesser, comme par enchantement, cette chaleur brûlante dans l'œil affecté; il peut mouvoir sans peine le globe et les paupières. On voit diminuer le flux lacrymal ainsi que la turgescence des vaisseaux de la conjonctive; le malade soutient une lumière modérée;

[1] Planche II, fig. I.

enfin il repose. Ces avantages durent tant que l'escarre se maintient adhérente à la surface de l'ulcère.

Ce n'est que le troisième ou le quatrième jour après la cautérisation que l'escarre tombe: alors les premiers symptômes de la maladie se réveillent et principalement ce sentiment de piqûre et de brûlure dans le lieu ulcéré de la cornée; le larmoiement est abondant; il y a difficulté de mouvoir le globe et les paupières; la lumière devient insupportable : mais toutes ces incommodités sont constamment d'un degré moindre que les premières. Dès cette nouvelle apparition, le chirurgien ne tardera pas de toucher encore une fois l'ulcère avec le nitrate d'argent fondu; il essaiera de former une escarre aussi forte, aussi adhérente que la première sur toute la surface de l'ulcère, et le calme renaîtra comme auparavant dans cet organe. Il répétera ce procédé une troisième fois s'il est nécessaire; c'est-à-dire si, à la chute de cette seconde escarre, l'excessive sensibilité de l'ulcère ne lui paroît pas suffisamment restreinte, et si la marche corrodante et destructive de ce même ulcère n'est point arrêtée. Lorsque tout procède en bon ordre, c'est un phénomène constant dans le traitement de cette maladie, qu'à la chute de chaque escarre la sensibilité morbifique de l'œil se trouve diminuée,

et que l'ulcère paroît en même temps moins grand et moins profond qu'auparavant. Cet ulcère, en outre, après avoir perdu son premier aspect livide et cendré, prend la couleur d'une légère lavure de chair; indice certain que le procédé destructif qui dominoit en lui s'est converti en celui qui est propre à la granulation et à la cicatrice. De plus, on voit diminuer d'un pas égal la turgescence des vaisseaux de la conjonctive, et l'ophthalmie se dissipe selon que l'ulcère tend davantage vers la guérison.

A l'époque où commence la granulation, quelle erreur ne commettroit pas un chirurgien s'il continuoit plus long-temps l'application du nitrate d'argent fondu, dans la persuasion d'accélérer, par ce moyen jusqu'alors employé utilement, la guérison de l'ulcère de la cornée? Il arriveroit tout le contraire dans ce cas : par un tel traitement, on réprimeroit la *granulation ;* on réveilleroit les douleurs dans l'œil; cet organe s'enflammeroit; le larmoiement auroit encore lieu et l'ulcère reprendroit cet aspect sordide cendré comme dans le principe; ses bords reparoîtroient gorgés et irréguliers. Ce fait a encore été noté par Platner [1]. Il dit : *Necesse est ut hoc temperatâ manu, nec crebrius fiat, ne nova inflammatio, novaque lacryma his acrioribus concitetur.*

[1] Institutions chirurg., §. 314.

Aussitôt que le calme existe dans l'œil, que la *granulation* commence après la seconde ou la troisième cautérisation, le chirurgien s'abstiendra de toute application de caustique fort quelconque; il n'emploiera d'autre topique que le collyre fait avec la solution de quatre grains de sulfate de zinc dans quatre onces d'eau de plantain, avec une demi-once de mucilage de semences de pomme de coing ou de psilium; solution dont on s'injectera toutes les deux heures, en défendant l'œil malade du contact de l'air et de la lumière, moyennant une légère compresse et un bandage contentif. Dans les cas où à l'ulcère de la cornée se joint encore un peu de relâchement de la conjonctive et de ses vaisseaux, il est très-utile d'employer la pommade de Janin vers la fin du traitement de l'ulcère; matin et soir, on en introduit entre la paupière et le bulbe une dose convenable, tant par rapport à la quantité qu'à la force du remède, mais correspondante à la sensibilité particulière du sujet malade.

Du reste, pour ce qui est de ces excoriations très-superficielles de la cornée qui ne présentent point d'enfoncement dans la substance de cette membrane, et qui, à proprement parler, ne sont qu'un soulèvement de l'épiderme placé au-devant de la lame de la conjonctive qui recouvre la cornée, le traitement n'exige pas l'usage du caus-

tique; il faut se borner au collyre vitriolique uni au mucilage ou à celui fait avec le sulfate de zinc et le blanc d'œuf battus ensemble, avec addition d'eau de rose ou de plantain. Les symptômes qui accompagnent ces légères excoriations, ou plutôt ces soulèvemens de l'épiderme, sont de peu d'importance; et pourvu que le malade ait soin de s'injecter toutes les deux heures avec l'un ou l'autre de ces deux remèdes, et de défendre ses yeux d'une lumière trop vive et des changemens de l'atmosphère, elles guérissent ordinairement en peu de temps.

Ici finit l'histoire de l'ulcère de la cornée, et celle du meilleur traitement qui convient dans les cas qui se présentent le plus fréquemment dans la pratique. Quelquefois cependant, soit à raison de la violence du mal ou d'un traitement mal dirigé, l'ulcère qui a déjà une étendue remarquable prend la forme d'une fongosité relevée sur la surface de la cornée, fongosité qui semble alimentée par une bandelette de vaisseaux sanguins de la conjonctive, et qui, sous ce rapport, donne souvent lieu à une erreur très-grave, en la prenant pour un *ptérygion*. Cette maladie, abandonnée à elle-même, ou traitée avec de légers astringens, entraîne souvent la perte de tout le globe de l'œil; elle exige, au contraire, le prompt usage de quelque moyen efficace et pro-

pre à détruire en peu de temps toute la fongosité de la cornée, en y comprenant les vaisseaux qui de la conjonctive se portent jusqu'à elle; moyen propre en même temps à arrêter les progrès de la corrosion. Il ne s'agit alors que de resciser avec des ciseaux à cuiller toute la fongosité au niveau de la surface de la cornée, en prolongeant en même temps l'incision sur la conjonctive assez pour enlever avec cette même fongosité toute la bandelette de vaisseaux sanguins qui semblent l'entretenir : après quoi, on laisse bien couler le sang; puis on appuie fortement le nitrate d'argent sur tout ce trajet de la cornée qui étoit auparavant occupé par la fongosité, afin qu'il y reste une forte escarre, à la chute de laquelle, si tout le fond morbifique n'est pas détruit, il conviendra de réappliquer le cautère jusqu'à ce que le procédé ulcérant de la cornée amène celui propre à la bonne granulation.

Pour bien exécuter une aussi forte cautérisation, il ne suffit pas pour l'ordinaire qu'un assistant tienne la paupière supérieure élevée et l'inférieure abaissée: il faut encore que l'opérateur, introduisant une petite spatule entre la paupière supérieure et le bulbe, la maintienne élevée avec sa main gauche, tandis qu'avec la droite il porte le nitrate d'argent sur le fond fongueux de l'ulcère et l'y retienne autant de temps qu'il le faut pour y former une escarre forte et profonde.

Il est vrai que, dans les cas les plus graves de cette nature, on ne peut pas toujours calculer avec précision l'action du caustique, et qu'il arrive enfin qu'avec la fongosité on détruise une portion de toute l'épaisseur de la cornée. Lorsque cet inconvénient a lieu, il est bientôt suivi d'un second, de la *procidence* d'une portion de l'iris à travers l'ouverture faite dans la cornée. Quelque grave que cet accident puisse paroître à quelques-uns, il n'est cependant pas sans ressource, comme je le démontrerai dans le chapitre de la *Procidence de l'iris;* et pourvu que dans le lieu de l'excroissance, le chirurgien parvienne à obtenir une cicatrice stable qui s'oppose à une nouvelle apparition fongueuse et à la destruction totale du globe de l'œil, il aura pleinement satisfait à l'indication qu'il s'étoit proposée.

XXXII^e OBSERVATION.

Antoine Carovo, de Pavie, enfant âgé de quatorze ans, se présenta dans cette école de chirurgie-pratique pour une douleur très-vive qu'il éprouvoit à l'œil droit, qu'il étoit en danger de perdre à cause de deux petits ulcères qui lui étoient survenus sur la cornée à la suite d'une ophthalmie grave *aiguë*.

Un de ces petits ulcères occupoit le segment inférieur de la cornée, l'autre celui qui regarde

l'angle externe de l'œil : tous deux étoient sordides et de couleur cendrée. Les vaisseaux sanguins de la conjonctive, et surtout ceux qui correspondoient aux points ulcérés de la cornée, se maintenoient assez gorgés. L'enfant accusoit des douleurs acerbes dans l'œil et dans la tête; il évitoit la lumière même la plus modérée.

Cet enfant, couché sur le dos et ayant la tête un peu élevée, j'ordonnai à un aide de lui soulever la paupière supérieure avec l'élévateur de Pellier, tandis qu'avec ma main gauche je lui abaissois la paupière inférieure. Il n'y a pas d'autre manière, chez les enfans surtout, de fixer suffisamment le globe de l'œil pour porter ensuite avec précision le caustique sur les points ulcérés de la cornée; puis, avec le nitrate d'argent taillé comme un crayon, je cautérisai ces deux ulcères pour les couvrir d'une escarre suffisamment profonde et adhérente. Immédiatement après, je lavai plusieurs fois l'œil avec le lait frais. Pendant l'acte de la cautérisation, le malade donna les signes de la plus vive douleur; mais une demi-heure après il éprouva le calme le plus parfait sous tous les rapports.

Le jour suivant, il soutint une lumière modérée, et les vaisseaux sanguins de la conjonctive parurent beaucoup moins gorgés qu'avant la cautérisation.

Trois jours après, à la chute de l'escarre, les premières douleurs de l'œil se réveillèrent; mais elles furent moins fortes que dans le principe. Je touchai de nouveau les petits ulcères avec le nitrate d'argent : cette opération fut moins incommode au malade que la première. Je la répétai quatre jours après.

A la chute de cette dernière escarre, les petits ulcères étoient assez diminués, et leur fond d'un rouge pâle s'étoit élevé au niveau de la surface de la cornée. Je substituai alors au caustique le collyre vitriolique, avec le mucilage de semences de pommes de coing, à injecter dans l'œil toutes les deux heures.

Dans le cours de dix autres jours, ces petits ulcères se cicatrisèrent parfaitement et l'ophthalmie se dissipa tout-à-fait. Pour assurer encore plus le bon succès du traitement, j'ordonnai que pendant un mois encore le malade continuât l'usage du collyre, et qu'avant de se coucher on lui introduisît entre les paupières et l'œil un peu de l'onguent ophthalmique de Janin.

XXXIII^e OBSERVATION.

Un enfant de onze ans, mendiant, d'une foible constitution, et sujet par intervalles à des fièvres périodiques; auquel, quelques années auparavant, la petite vérole avoit laissé une sensibilité

morbifique dans l'œil gauche, eut le même organe attaqué d'une ophthalmie vive *aiguë*. Il en résulta entre les lames de la cornée un petit abcès qui s'ouvrit spontanément, y laissa un petit ulcère cendré, sordide, ovale, qui s'étendoit du bord de la cornée correspondant à l'angle interne de l'œil, jusque proche le centre de la pupille. Cet enfant se plaignoit beaucoup, surtout à l'aspect de la lumière; il larmoyoit abondamment de cet œil; les vaisseaux de la conjonctive étoient en outre très-gorgés, principalement du côté de l'angle interne de l'œil. Je cautérisai cet ulcère avec le nitrate d'argent; je bornai l'action du caustique avec de fréquentes lotions de lait et l'application de sachets d'herbes émollientes. La douleur très-vive, produite par le caustique, dura près d'une demi-heure; ensuite le calme survint et le malade passa bien le reste de la journée, dormit tranquillement pendant toute la nuit suivante. Le lendemain le malade ouvroit librement l'œil et pouvoit affronter une lumière modérée sans aucune incommodité: l'ophthalmie et le larmoiement étoient infiniment moindres.

A la chute de l'escarre, les premiers symptômes reparurent, tels que la douleur vive dans l'œil, l'appréhension de la lumière, le larmoiement : j'eus recours au nitrate d'argent fondu avec autant de succès que la première fois.

Trois jours après, cette seconde escarre tomba: je trouvai l'ulcère de la cornée assez resserré, peu douloureux, et son fond non plus cendré, mais d'un rouge pâle et granuleux : je prescrivis l'usage du collyre vitriolique avec le mucilage, à instiller dans l'œil, toutes les deux heures, en maintenant toujours la partie garantie du contact de l'air et de la lumière, au moyen d'un petit plumaceau et d'un bandage contentif. En peu de jours la granulation passa à l'état de cicatrice.

Les vaisseaux sanguins de la conjonctive, encore un peu variqueux, maintenoient de la rougeur sur le blanc de l'œil; l'enfant fut pris d'une fièvre tierce, avec frisson convulsif très-fort. Je lui donnai le kina avec quelques gouttes de laudanum : la fièvre se passa; mais je fis encore continuer pendant long-temps l'usage de cette écorce prise à petite dose. Comme topique, outre le collyre vitriolique, j'employai la pommade de Janin : elle contribua beaucoup à renforcer les vaisseaux de la conjonctive, et à enlever entièrement la rougeur chronique du blanc de l'œil. La cicatrice de l'ulcère de la cornée se portoit bien jusqu'au voisinage de la pupille, mais sans la couvrir, sans priver cet enfant de la faculté de voir encore avec l'œil gauche.

XXXIV^e OBSERVATION.

Joseph Reale, habitant de Saint-Léonard, paysan âgé de vingt-deux ans, pléthorique, vigoureux, fut pris d'une ophthalmie forte, *aiguë*, sur les deux yeux, avec fièvre et douleurs très-graves. Le septième jour, après s'être fait saigner une fois, il se fit transporter dans cette école de chirurgie. Son œil droit, beaucoup enflammé, étoit encore attaqué d'un ulcère dans le bord inférieur de la cornée; mais il n'étoit pas profond. Il en existoit aussi un autre sur le bord externe de la cornée de l'œil gauche, également enflammé : celui-ci n'étoit pas plus étendu qu'un grain de millet, mais il paroissoit creux et profond. Le malade avoit un pouls dur, vibrant, une fièvre continue et envie de vomir.

Sur-le-champ je lui fis tirer du bras dix-huit onces de sang, et le soir douze onces du pied; les yeux furent recouverts de sachets d'herbes émollientes. La nuit fut moins agitée que les précédentes. Le pouls devint mou, ondoyant, et la peau humide; enfin, comme il accusoit des nausées, je lui donnai le tartrite de potasse antimonié. Il en résulta un vomissement copieux et salutaire de matières bilieuses; de manière que le quatrième jour de l'entrée du malade dans cet

hôpital, le stade inflammatoire de la maladie pouvoit être regardé comme terminé.

Ce fut alors qu'avec le nitrate d'argent je touchai ces deux ulcères de la cornée. Le lendemain, pour entretenir chez le malade la liberté du ventre et la transpiration, je prescrivis une livre de décoction de chiendent, deux drachmes de tartrite acidule de potasse, et un grain de tartrite de potasse antimonié, à prendre à doses, réfractées pendant plusieurs jours de suite.

La cautérisation calma la violence de la douleur des yeux. A la chute de l'escarre, je touchai encore les ulcères avec le nitrate d'argent fondu, et pendant trois fois dans le cours de huit jours : par ce moyen, l'ophthalmie cessa ; le fond granuleux de l'ulcère de l'œil gauche s'éleva au niveau de la cornée, et celui du côté droit étoit, à la même époque, presque entièrement cicatrisé. Le collyre vitriolique avec le mucilage de semences de psilium, injecté toutes les deux heux heures, suffit enfin pour compléter le traitement : et comme les cicatrices de la cornée ne s'étendoient point contre la pupille, elles ne dérangèrent nullement la vision.

XXXV^e^ OBSERVATION.

Une petite fille âgée de deux ans et demi, Célestine Pacchiarotti, de Pavie, me fut apportée

par sa mère dans cette école de chirurgie, pour que j'examinasse son œil droit, qui tout nouvellement, après une petite vérole abondante, étoit resté gonflé, rouge, douloureux et larmoyant. Je trouvai sur cette partie de la cornée qui regarde le nez un petit ulcère de couleur cendrée, de la grandeur d'un grain de millet, et sur la partie qui regarde la tempe, on observoit un petit abcès commençant.

J'ordonnai que le petit ulcère fût aussitôt cautérisé avec le nitrate d'argent. La mère se chargea de doucher l'œil de l'enfant avec du lait, et de la rapporter tous les matins à l'heure du pansement.

Apres l'application de ce nitrate, la petite fille éprouva du calme pendant trois jours de suite. A la chute de l'escarre elle a donné les signes d'une grande douleur et d'une vive ardeur dans ce même œil: l'ulcère fut de nouveau touché avec le nitrate d'argent, et, quatre jours après, cette seconde escarre tomba. Je trouvai l'ulcère rétréci et superficiel, même très-proche de la cicatrice. En effet, quatre autres jours après, à l'aide du simple collyre vitriolique mucilagineux, la guérison fut parfaite.

Le petit abcès qui s'observoit sur le bord de la cornée du même œil, proche la tempe, et qui jusqu'alors étoit resté stationnaire, se souleva,

causa une nouvelle tension, une nouvelle douleur dans l'œil; enfin il s'ouvrit et dégénéra en un ulcère semblable au premier. Je ne tardai pas un instant à porter le nitrate d'argent sur cette petite plaie, comme je l'avois fait pour la première. J'appliquai, en outre, à cette enfant un vésicatoire à la nuque, et je la purgeai plusieurs fois avec le sirop de chicorée et la rhubarbe. Cet ulcère fut encore touché une fois avec le nitrate d'argent, et ce ne fut qu'alors qu'il se montra disposé à la *granulation* et au resserrement; ce que l'on obtint dans l'espace de six jours après la chute de cette seconde escarre. Je complétai enfin le traitement par l'usage non interrompu, pendant deux semaines, du collyre vitriolique avec le mucilage. Ce remède contribua grandement, non-seulement à cicatriser complétement ce second ulcère, mais encore à fortifier les vaisseaux de la conjonctive, et à éclaircir tout le blanc de l'œil.

XXXVI^e OBSERVATION.

Joseph Barbieri, pavésan, âgé de vingt-trois ans, sellier, d'une habitude de corps mince, grêle, et de temps en temps pris de fièvres intermittentes, eut, vers la fin de septembre 1796, un érysipèle sur le côté droit de la face. Les paupières et la conjonctive de l'œil du même côté

se gonflèrent prodigieusement. Dans l'espace de dix jours, cette incommodité disparut par la diète, et, comme le pratique le vulgaire, par l'application sur la face de l'écorce interne de sureau.

Un mois après, ce jeune homme s'exposa à un vent vif et froid : le même œil droit s'enflamma ; les remèdes dont je viens de parler furent encore employés. Mais observant que, malgré tout, il y avoit augmentation dans la douleur, la chaleur, l'insomnie et le larmoiement ; qu'il y avoit une fièvre plus forte et une plus grande appréhension de la lumière, ce malade vint à l'hôpital.

Je trouvai sur la partie latérale externe de la cornée de l'œil droit un ulcère de la longueur d'une ligne sur un quart de ligne de largeur : il étoit assez profond. N'ayant point, dans ce moment, la faculté de faire coucher le malade dans l'école, je touchai l'ulcère avec le nitrate d'argent, et je donnai les instructions convenables pour que ce malade pût continuer le traitement chez lui. Il ne vint redemander conseil que dix jours après, beaucoup de temps après la chute de l'escarre, et je le trouvai dans un état pire que celui de la première fois. Alors je lui assignai un lit, et je commençai par lui faire appliquer sur les paupières un cataplasme de mie de pain et de lait, afin de diminuer l'excessive tension de

l'œil

l'œil et des parties adjacentes. Je purgeai plusieurs fois le malade avec les poudres résolutives, composées de tartrite acidule de potasse et de tartrite de potasse antimonié.

En moins de trois jours, le gonflement prodigieux des paupières cessa : je touchai l'ulcère avec le nitrate d'argent; je le couvris d'une escarre profonde. Avant que l'ulcère perdît cet aspect cendré, et se disposât à la *granulation* et à la cicatrice, il fut besoin d'employer le nitrate d'argent trois autres fois dans le cours de onze jours. La diminution dans la douleur de l'œil, celle de l'ophthalmie chronique par relâchement des vaisseaux de la conjonctive, et le resserrement successif de l'ulcère, furent les heureux effets de cette pratique.

Le fond granuleux de la petite plaie fut à peine réduit au niveau de la surface de la cornée, que j'ordonnai au malade de s'injecter toutes les deux heures le collyre vitriolique avec le mucilage de semences de pommes de coing. Ce remède a parfaitement fait cicatriser l'ulcère, et le malade a recouvré toute l'activité de son œil droit.

Observation du Traducteur.

Une jeune fille âgée de dix-neuf ans avoit sur la cornée de chaque œil plusieurs petits ulcères

à peine visibles qui la faisoient cruellement souffrir. Cette jeune personne qui, demeure rue Neuve-Saint-Martin, vint me consulter le 6 mai 1804. Pour calmer de suite les douleurs vives qu'elle éprouvoit, je ne crus pas mieux faire que d'appliquer trois fois sur un œil et deux fois sur l'autre le nitrate d'argent fondu. Ces cinq applications instantanées furent supportées avec grande peine par la malade, qui eut beaucoup de courage, et qui, par son besoin de travailler, préféra tout plutôt que d'être exposée à devenir aveugle. Le soulagement fut prompt immédiatement après la cautérisation, et pendant quelques jours de calme j'entrepris un traitement suivi qui devenoit très-urgent. Outre ces ulcères de la cornée, on en voyoit d'autres nombreux sur les bords des paupières; il existoit une psorophthalmie très-fâcheuse qui duroit déjà depuis longtemps, et contre laquelle on avoit inutilement fait beaucoup de remèdes. De suite je pratiquai un séton à la nuque, et je fis faire sur le bord des paupieres des frictions avec l'onguent citrin.

Dès le lendemain de l'application du eaustique, je fis prendre un éméto-catharcitique qui produisit tout l'effet que j'en attendois; je prescrivis une décoction légère de racine de patience et de bardanne, dans laquelle on mettoit infuser une demi-poignée de fumeterre. Tous les six jours, pen-

dant un mois, cette tisanne étoit rendue purgative au moyen de l'addition de deux gros de follicules de séné et d'une demi-once de sulfate de soude : le tout à prendre en quatre verres dans la matinée. Comme la saison étoit favorable, après ces purgations réitérées, je fis boire quatre onces de sucs épurés d'herbes convenables dans une chopine de petit-lait. Ce traitement fut heureux sous le rapport de la constitution générale de la malade, et ne contribua pas peu à l'amélioration de l'état des paupières et des yeux.

Les escarres dont j'avois couvert les ulcères de la cornée apportèrent un premier calme de trois jours; leur chute ne se fit pas aux mêmes époques : en sorte que les douleurs se prolongoient avec cette différence, que leur siége immédiat n'étoit pas toujours le même. Après plusieurs applications successives du caustique, j'ai vu la malade ne pas souffrir, quoique tous les ulcères fussent à découvert. Alors ils étoient un peu colorés et j'eus lieu de croire qu'ils ne tarderoient pas à être cicatrisés. Je fis faire usage d'un collyre fait avec la décoction de quina, le sulfate d'alumine et une petite quantité d'eau-de-vie : c'en fut assez pour faire parvenir bientôt à une guérison complète. Néanmoins les ulcérations des paupières ne disparoissoient point vite : alors je fis appliquer dessus un peu de cérat dans deux gros duquel on avoit

mêlé quatre grains de sulfate de zinc. Bientôt après l'usage de ce moyen ils ont entièrement disparu.

N'osant regarder ce succès comme décidé, j'ai persisté pour qu'on entretînt le séton, et chaque jour je faisois prendre matin et soir une pillule composée d'un grain de muriate de mercure doux, d'un demi-grain d'oxide d'antimoine sulfuré orangé, et de deux grains d'extrait de fume-terre. Ce ne fut qu'après six mois d'un traitement suivi que j'ai remplacé le séton par un vésicatoire appliqué au bras. En 1805, à la même époque, les ulcères des paupières ont reparu; je leur ai opposé les mêmes moyens avec un égal succès. Depuis ce temps, jusqu'au moment où j'écris (septembre 1806), je n'en ai plus entendu parler: d'où je présume que cette jeune personne n'a plus eu d'incommodité semblable.

(Léveillé.)

CHAPITRE XI.

Du Ptérygion.

Les chirurgiens appellent *ptérygion* cette membranule contre nature, d'un rouge cendré; de figure triangulaire [1], qui, partant le plus souvent de l'angle interne de l'œil, proche la caroncule lacrymale, s'étend peu à peu sur la cornée, avec un dérangement notable de la vue.

Quoique cette membranule provienne le plus souvent de l'angle interne de l'œil, on la voit cependant quelquefois s'avancer de l'angle externe [2], et, dans quelques cas, de l'hémisphère supérieur ou inférieur du globe de l'œil. Mais quelle que soit son origine, il est un fait constant, qu'elle est toujours figurée en triangle, dont la base appuie sur le blanc de l'œil, et le sommet sur la cornée, à plus ou moins de distance de son centre et de la pupille. Il est des cas rares, à la vérité, où il se rencontre deux ou trois ptérygions de grandeur différente et sur un même œil. Ils sont disposés à des distances différentes entr'eux, dans la circonférence du bulbe; leurs sommets

[1] Planche II, fig. III, a.

[2] Planche II, fig. III, b.

se dirigent vers le centre de la cornée, dont ils couvrent toute la surface d'un voile épais, avec perte totale de la vue, si le malheur veut qu'ils s'y réunissent. C'est précisément, autant qu'il me semble, à cette complication que les anciens médecins ont donné le nom de *pannicule*.

Entre l'ophthalmie *chronique variqueuse*, avec relâchement et épaissississsement de la conjonctive, le *nuage* de la cornée et le *ptérygion*, il n'y a, à proprement parler, d'autre différence que dans le degré plus ou moins avancé de la maladie. En effet, toutes trois consistent dans une varicosité plus ou moins étendue des vaisseaux de la conjonctive, unie à un certain degré de relâchement et d'épaisseur contre nature de cette membrane. Dans l'état d'ophthalmie chronique variqueuse, l'ampleur extraordinaire et la nodosité des vaisseaux, la flaccidité et l'épaississement de la conjonctive se bornent au blanc de l'œil. Dans le *nuage* de la cornée, un certain genre de vaisseaux veineux variqueux de la conjonctive continue à se dilater, à devenir noueux dans un certain trajet, même sur la lame subtile de la conjonctive qui recouvre extérieurement la cornée ; et dans le ptérygion, à ces vaisseux veineux variqueux étendus sur un certain espace de la surface de la cornée, se joint l'augmentation extraordinaire de la lame mince de la conjonctive

qui recouvre la cornée, sur laquelle ces vaisseaux veineux variqueux sont appuyés : d'où il dérive que le ptérygion semble être, dans le principe, une nouvelle membrane qui s'est formée sur la cornée; tandis que ce n'est que la lame subtile de la conjonctive formant l'enveloppe extérieure de la cornée, dégénérée par la force de l'ophthalmie chronique, qui lui a fait perdre sa transparence, en une tunique épaisse et opaque, entrelacée de vaisseaux sanguins variqueux. C'est pourquoi il ne s'est rien formé de nouveau sur l'œil, dans le cas de ptérygion; mais c'est seulement une dégénérescence d'une des membranes minces et transparentes qui le recouvrent naturellement. En voici la preuve que je détaillerai plus bas : le ptérygion commençant peut être traité comme le nuage de la cornée, non en le détachant de la surface de la cornée, mais en l'excisant seulement dans les confins de la cornée et de la sclérotique, comme on fait pour enlever la communication des veines variqueuses de la conjonctive avec leurs troncs, dont les racines variqueuses produisent et entretiennent le nuage de la cornée.

Comme je l'ai dit, en parlant du nuage de la cornée, le *ptérygion* seroit un mal non moins fréquent que l'ophthalmie chronique variqueuse qui occupe si souvent le blanc de l'œil, si le feuillet subtil et transparent de la conjonctive

qui revêt extérieurement la cornée, n'étoit, comme dans l'état naturel, d'une texture beaucoup plus dense et plus compacte que n'est le reste de cette même conjonctive, où elle comprend le blanc de l'œil; et si de même les vaisseaux épars sur la lame subtile de la conjonctive qui s'adosse extérieurement à la cornée, n'étoient très-déliés et tendres, et non susceptibles d'une aussi grande distension, que le sont les troncs de ces mêmes vaisseaux épars sur le reste de la conjonctive qui recouvre l'hémisphère antérieur du bulbe de l'œil. C'est ce qui fait que, dans une si grande fréquence d'*ophthalmies chroniques* variqueuses, le ptérygion est un cas plutôt rare. Néanmoins, si les vaisseaux très-déliés de la lame transparente de la conjonctive adhérente à la cornée cèdent une fois à l'impulsion du fluide qui les pénètre; s'ils deviennent variqueux, il s'ensuit nécessairement que le tissu cellulaire qui enveloppe ces mêmes vaisseaux, se gonfle peu à peu; que la lame subtile et transparente de la conjonctive placée au devant de la cornée se transforme en une tunique pulpeuse et roussâtre, qui est précisément celle du *ptérygion.*

Que le ptérygion ne soit vraiment autre chose que l'expansion naturelle du feuillet mince, transparent de la conjonctive, convertie dans une certaine étendue, en une membrane pulpeuse, flas-

que, variqueuse, nous en avons la présomption par les plis du ptérygion, qui correspondent avec ceux de la conjonctive toutes les fois que le bulbe de l'œil malade se tourne vers l'origine du ptérygion; et par l'effet contraire, je veux dire par la tension que l'on voit se succéder dans la conjonctive et dans le ptérygion, chaque fois que le bulbe de l'œil est porté en sens opposé. On est encore plus certain de ce fait quand on observe que, dans la première position du bulbe de l'œil, on peut facilement, à l'aide des pinces, saisir et élever sous forme de pli le ptérygion et la portion de conjonctive correspondante, également relâchée, variqueuse et rougeâtre.

Sur les cadavres de personnes qui avoient un ptérygion, en excisant et détachant soigneusement cette portion flasque et épaissie de la conjonctive du blanc de l'œil, qui correspondoit à la portion de cornée devenue opaque par la présence du ptérygion, j'ai constamment trouvé qu'on enlevoit celui-ci [1] avec autant de facilité sur le blanc de l'œil que sur la cornée, en laissant dans le lieu qu'il occupoit la cornée parfaitement à nu et évidemment dépouillée de cette enveloppe que cette même cornée reçoit naturellement de la lame subtile et transparente de la conjonctive; et au-delà du siége du ptérygion, il

[1] PLANCHE II, fig. IV, a, b.

ne m'est jamais arrivé de pouvoir dépouiller la cornée de son tégument naturel. Ensuite, quand il existe plusieurs ptérygions sur le même œil, à des distances différentes entre eux, on rencontre sur le bulbe autant de traits de conjonctive flasque, variqueuse, pulpeuse, formant la base de chaque ptérygion; tandis que le reste de cette même conjonctive qui recouvre le blanc de l'œil se maintient uni et distendu sur ce même bulbe; tandis qu'on ne voit aucun vaisseau variqueux sur l'hémisphère antérieur de l'œil, sinon dans les endroits où le relâchement de la conjonctive et la nodosité de ses vaisseaux ont, pour ainsi dire, jeté de fort loin les racines et les rudimens du ptérygion.

Une remarque digne de fixer l'attention est celle-ci : le ptérygion grand ou petit, quel que soit son siége dans la circonférence du globe de l'œil, retient constamment la forme triangulaire: sa base répond au blanc de l'œil, et son sommet à la cornée. On doit, autant qu'il me paroît, attribuer la constance de ce fait à l'adhésion plus ou moins forte de la lame subtile et transparente de la conjonctive placée sur la cornée; et d'autant mieux, que cette lame procède de la circonférence au centre de la cornée. En effet il doit nécessairement résulter d'une telle structure et du degré différent de cohésion qui existe effective-

ment dans les yeux sains, 1.° que les progrès du ptérygion doivent être, dans tous les cas d'une semblable maladie, plus lents sur la cornée que sur le blanc de l'œil; 2.° que le ptérygion rencontrant toujours d'autant plus de résistance qu'il fait plus d'efforts pour se prolonger vers le centre de la cornée, doit, par nécessité mécanique, prendre la forme d'un triangle dont la base réponde au blanc de l'œil et le sommet directement au centre de la cornée. Forestus [1] a exactement remarqué les circonstances de ce phénomène; et en parlant du ptérygion, il ajoute : *Non cooperit oculum nisi in forma sagittæ.*

Il résulte de cette apparence et de cette configuration que prend constamment la maladie dont il s'agit, un de ses principaux caractères diagnostics qui fait distinguer le vrai ptérygion du faux ou de quelque autre excroissance molle, fongueuse, roussâtre, qui offusque extérieurement la cornée. En effet, il se forme quelquefois sur la cornée des excroissances qui, par leur couleur et la consistance de membrane molle, ont beaucoup de ressemblance avec le ptérygion, quoiqu'elles en diffèrent assez, et ne soient, à proprement parler, que la texture même de la cornée dégénérée en une substance molle et fongueuse : mais, outre que ces espèces de pellicules

[1] Opér. med. lib. XI, observ. VI.

sont presque toujours plus relevées sur la cornée que celle formée par le ptérygion, elles ont toujours une forme irrégulière, tuberculeuse, sans jamais représenter un triangle avec le sommet dirigé du bord vers le centre de la cornée, comme le fait le véritable ptérygion.

Un autre caractère distinctif du ptérygion consiste dans la facilité avec laquelle, au moyen d'une pince, on peut le saisir tout entier, l'élever en forme de pli sur la cornée; tandis que toute autre espèce d'excroissance attachée à cette membrane lui reste fortement inhérente et ne permet en aucune manière d'être repliée sur elle-même et soulevée de la surface de la cornée. Cette particularité est de la plus grande importance pour le traitement de cette maladie, puisque celui du ptérygion est simple dans ses moyens: au lieu que, comme je l'ai dit à la fin du chapitre antécédent, ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on parvient à enlever radicalement et à cicatriser parfaitement l'excroissance fongueuse de la cornée. A cette occasion, Plenk dit fort à propos [1]: *Pterygia, quæ filamentis solummodo adhærent, facilè abscinduntur, difficillimè quæ ubique accreta sunt corneæ, ac in plicam elevari non possunt.* Si

[1] De morb. oculor. p. 97. Avicenne, lib. III, fen. 3, c. XXIII, dit: *Duræ*, en parlant de la cornée, *denudatio, quando non est facilis, perducit ad nocumentum.*

cette excroissance, bien que de figure triangulaire et constituant le véritable ptérygion, adhère fortement à la cornée, a une couleur rouge foncée, saigne facilement quand on la touche, enfin produit des douleurs lancinantes qui se propagent sur tout l'œil et sur la tempe; ce mal menace alors de prendre un caractère malin, cancéreux, ou l'a déjà : c'est pourquoi on ne doit le traiter autrement que par les palliatifs, ou en extirpant tout le globe de l'œil.

La guérison du véritable ptérygion bénin, de celui qui a une figure triangulaire, dont la couleur est cendrée ou d'un rouge pâle, non douloureux, et qui peut se soulever en forme de pli sur la surface de la cornée, s'obtient en coupant exactement de la surface de la cornée cette membranule opaque, triangulaire, qui la recouvroit dans une certaine étendue : mais puisque, d'après ce que nous avons dit, le ptérygion n'est autre chose qu'une portion de la lame subtile transparente de la conjonctive, convertie par l'effet de l'ophthalmie *chronique variqueuse* en une tunique dense et opaque, il s'ensuit qu'on ne peut, par aucun moyen, enlever le ptérygion, sans que le point qu'il occupoit sur la cornée ne reste dépouillé de son enveloppe naturelle extérieure; et puisque le dépouillement de cette couverture naturelle de la cornée rend une cicatrice

inévitable dans ce lieu, il s'ensuit également qu'on ne peut traiter cette maladie avec le tranchant, sans rendre la cornée plus ou moins trouble dans l'endroit précédemment occupé par le ptérygion. Ainsi les jeunes chirurgiens, pour lesquels j'écris, ne s'en laisseront donc point imposer par les rapports spécieux de ceux qui assurent avoir enlevé des ptérygions avec le scalpel, en rendant entièrement à la cornée sa première pellucidité naturelle. Il est certain qu'après avoir enlevé et traité le ptérygion, la cornée est, dans cet endroit, moins opaque qu'auparavant; mais elle y reste toujours offusquée, nébuleuse et obscurcie par une cicatrice indélébile, bien que superficielle. L'avantage qui résulte de l'opération ne laisse pas que d'être considérable; il s'oppose, moyennant l'incision et une cicatrice solide, aux progrès du mal, ou bien à la varicosité ultérieure et à l'augmentation de volume de la lame mince, transparente de la conjonctive placée sur la cornée; enfin elle détruit entièrement la cause locale d'irritation et d'afflux humoral à l'œil; elle prévient aussi l'opacité complète de la cornée. S'il est arrivé qu'après la rescision d'un large ptérygion, le malade a recouvré la vue, on doit entendre un certain degré de vue, je veux dire dans cette proportion qui existe entre une membrane dense qui s'oppose en entier au passage de

la lumière, et une légère cicatrice superficielle de la cornée qui ne l'interrompt point tout-à-fait.

La seule assertion vraie et constante que mes observations réitérées me permettent d'avancer sur ce point, est celle-ci : Après la rescision du ptérygion, la tache superficielle et indélébile qui reste sur la cornée est toujours moins étendue que l'espace auparavant occupé par cette maladie; soit que ceci ait lieu, parce que la lame subtile, transparente de la conjonctive, non entièrement désorganisée sur le contour du ptérygion, mais seulement infiltrée d'une humeur grossière et uniquement affectée de *nuage*, se dégorge, moyennant la rescision, de l'humeur tenace qui l'embarrassoit, et enfin reprend sa pellucidité première, soit parce que la cicatrice, dans le lieu où le ptérygion a été rescisé, devient, comme dans toutes les plaies, effectivement moins étendue que les parties que l'on a excisées. Le fait est que ce phénomène, dans la maladie dont il s'agit, est constant, et que dans le grand nombre de ptérygions que j'ai opérés, les uns étoient étendus de deux lignes, les autres de deux lignes et demie sur la cornée, vers son centre. Dans tous, après la guérison complète, la cicatrice et l'obscurcissement de la cornée furent moindres; ils n'outre-passèrent jamais une ligne et demie ou

un peu plus, dans les cas de ptérygions qui se prolóngeoient jusqu'à deux lignes.

La rescision du ptérygion est une opération assez facile à exécuter. Pour cet objet, il n'est pas besoin d'une aiguille garnie d'une soie, avec laquelle le plus grand nombre des chirurgiens enseigne que l'on doit traverser la membranule, afin de former une anse qui sert à élever la pellicule que l'on doit couper à sa base. Ce moyen n'est point favorable, parce qu'il prolonge beaucoup l'opération, et encore plus, parce que le sang qui s'écoule des piqûres ne permet pas de voir, avec toute la précision nécessaire, les confins des parties que l'on veut enlever. Une pince à disséquer [1], des ciseaux [2] bien évidés suffisent pour pratiquer cette opération.

On a coutume d'enlever un ptérygion en pratiquant l'incision sur la cornée, et en la continuant sur le blanc de l'œil jusqu'à toute l'extension de sa base dans la conjonctive; de manière que quand le ptérygion vient de l'angle interne de l'œil, la plupart des chirurgiens prolongent la section jusqu'à la caroncule. Cette pratique est désavantageuse, en ce que le blanc de l'œil est à découvert dans une trop grande étendue : en second lieu, eu égard à la trop grande quantité

[1] Planche III, fig. VIII.

[2] Planche III, fig. III.

de

de substance de la conjonctive emportée dans la base du ptérygion, et à la direction qu'on a donnée à la plaie, la cicatrice qui en résulte sur le blanc de l'œil forme une bride relevée, qui, en manière de cordon cicatrisé, tient le bulbe de l'œil rapproché de la caroncule lacrymale, et détruit à l'instant la promptitude de ses mouvemens, surtout de l'angle interne vers l'externe.

Pour éviter cet inconvénient dans le traitement des ptérygions, dont la base s'étend beaucoup sur la cornée, j'ai trouvé favorable de les couper à leur sommet jusqu'au point de réunion de la cornée avec la sclérotique; puis de séparer dans leur base, au moyen d'une section demi-circulaire [1], de la largeur d'une ligne environ de la substance de la conjonctive, et dans une direction concentrique au bord de la cornée. J'ai observé qu'en opérant ainsi, le traitement consécutif est beaucoup plus court qu'en employant la méthode commune; que la cicatrice ne forme point de brides, et que la conjonctive tendue circulairement par la cicatrice, et également sur le blanc de l'œil, perd ce relâchement, cette varicosité, bases du ptérygion. Cette exactitude cependant n'est point nécessaire quand il s'agit d'un

[1] Planche II, fig. III, a.

petit ptérygion, dont la base ne s'étend pas beaucoup sur le blanc de l'œil.

Le malade assis, un aide placé derrière lui élève sa paupière supérieure avec l'index et le doigt du milieu, d'une main, tandis qu'avec les doigts de la main gauche il abaisse la paupière inférieure. Le chirurgien opérant, supposé que ce soit à l'œil droit, se placera au-devant du malade, debout, ou assis s'il l'aime mieux; puis, ordonnant au malade de porter un peu le globe de l'œil vers la partie correspondante à la base du ptérygion, avec des pinces qu'il tiendra de sa main gauche, il saisira, pressera le ptérygion en forme de pli, à une ligne environ de son sommet; ensuite il élèvera ce pli, le tirera en haut et doucement à lui, jusqu'à ce qu'il sente un petit craquement qui indique le détachement du ptérygion de la lame celluleuse et mince qui l'unissoit à la cornée subjacente : enfin, avec la main droite armée d'une paire de ciseaux, il excisera ce pli le plus près qu'il pourra de la cornée, dans la direction du sommet à la base du ptérygion. La section parvenue aux limites de la cornée avec la sclérotique, le chirurgien élèvera de nouveau et davantage le pli, et, d'un coup de ciseau le plus concentrique et le plus proche de la cornée, il isolera le ptérygion et une portion de la con-

jonctive relâchée qui en formoit la base même. Cette seconde section sera figurée en croissant [1], dont les deux extrémités s'étendront deux lignes au-delà de la portion de conjonctive relâchée, en suivant la courbe du globe de l'œil.

L'opération faite, le chirurgien favorisera l'écoulement du sang à l'aide des lotions d'eau tiède ; il couvrira ensuite l'œil opéré d'un plumaceau de charpie sèche, ou imbibée d'eau végéto-minérale, et soutenue d'une bande qui ne comprime pas trop la partie.

S'il ne survient point de symptômes remarquables, comme douleur, tension dans l'œil, engorgement considérable des paupières, il suffira de faire laver trois ou quatre fois le jour le bulbe de l'œil et l'intérieur des paupières avec l'eau de mauve tiède, et que, sans être comprimées, ces parties soient exactement garanties du contact de l'air. Ensuite, si les symptômes dont je viens de parler ont lieu, on emploiera le régime anti-phlogistique dans toute son extension ; on appliquera sur l'œil des sachets d'herbes émollientes, et on introduira entre les paupières le blanc d'œuf, ou le mucilage de semences de *psilium* extrait avec l'eau de mauve.

Au cinquième ou sixième jour de l'opération au plus tard, toute la surface de la rescision du

[1] PLANCHE II, fig. III.

ptérygion paroît d'une couleur jaunâtre et vernissée d'une mucosité. C'est un mode de suppuration propre aux membranes en général, et à celles du globe de l'œil en particulier; tandis que les bords de la section et le reste de la conjonctive qui les avoisine, prennent une couleur rougeâtre. Par la suite, la surface de la section se resserre chaque jour davantage; enfin elle disparoît entièrement, et la cicatrice est achevée.

Pendant tout le traitement consécutif à l'opération, il ne convient pas d'employer d'autre topique que les lotions d'eau de mauve tiède, trois ou quatre fois le jour. Des observations nombreuses m'ont appris que les collyres astringens, les poudres si vantées d'iris de Florence et d'alun irritent beaucoup l'œil opéré, engorgent la conjonctive et la rendent fongueuse. Ce sont autant d'incommodités qui s'opposent toutes à la guérison. Ce qui est encore plus désagréable, c'est que ces moyens produisent des groupes fongueux dans le milieu de la surface même de la rescision, et qui ne peuvent que difficilement se réprimer et se cicatriser. J'ai vu tous ces inconvéniens provenir de l'application non nécessaire du nitrate d'argent fondu : au contraire, si, pendant tout le traitement, on emploie les simples lotions d'eau de mauve, la guérison procède régulièrement; la surface jaunâtre de la res-

cision se resserre chaque jour de plus en plus, et la cicatrice se complète tranquillement dans l'espace de trois semaines, ou de quatre au plus. C'est seulement quand la cicatrice est parfaite, que, pour fortifier la conjonctive et ses vaisseaux, il convient de faire instiller trois ou quatre fois le jour le collyre vitriolique animé de quelques gouttes d'esprit-de-vin camphré.

J'ai fait remarquer, dès le principe, que le ptérygion commençant n'est, à proprement parler, que le nuage de la cornée, dans lequel les vaisseaux veineux de la conjonctive qui recouvre la portion de la cornée, siége du mal, sont un peu plus dilatés qu'à l'occasion du nuage; et que, dans ce point, la densité et l'opacité qu'a acquise la lame subtile de la conjonctive, sont bien plus considérables quand elle est simplement nébuleuse [1]. Enfin, pour m'exprimer clairement, le ptérygion n'est pas, dans ce cas, une membrane dense et opaque, mais une pellicule fine comme une toile d'araignée, entrelacée çà et là de vaisseaux sanguins variqueux, derrière la-

[1] Ce milieu entre le *nuage* de la cornée et le *ptérygion* confirmé, s'appeloit *sabel* chez les Arabes. *Sabel*, écrit Avicenne, *est panniculus accidens in oculo ex inflatione venarum ejus apparentium in superficie conjunctivæ et corneæ; et texitur quiddam in eo, quod est inter eas sicut fumus*. Lib. III, fen. 5, tractat. 2, cap. XIX.

quelle on voit encore assez l'iris. Dans cet état de ptérygion commençant, il n'est point nécessaire d'enlever à la cornée son enveloppe naturelle; il suffit, comme on le pratique pour le nuage, d'intercepter, au moyen d'une rescision, toute communication entre les racines veineuses dilatées du ptérygion, et les troncs veineux variqueux étendus sur le blanc de l'œil. On l'obtient quand, avec des pinces et des ciseaux, on fait une excision semi-lunaire dans la conjonctive, dans le point d'union de la cornée avec la sclérotique, précisément dans la base du ptérygion commençant, absolument comme on fait pour le traitement du nuage de la cornée. On observe qu'après cette opération, le ptérygion, encore dans son principe, se dissipe par degrés, ou se convertit en un obscurcissement léger de la cornée dans un certain trajet du siége qu'il occupoit. Le plus souvent, cet obscurcissement est beaucoup moindre que celui que laisse une cicatrice. Acrell rapporte, dans ses Observations de Chirurgie, avoir heureusement traité de cette manière un ptérygion commençant. Je l'ai aussi éprouvé plusieurs fois avec un bon succès; mais j'ai cru plus opportun d'en parler dans les détails sur la guérison du nuage de la cornée, que dans ceux du ptérygion. J'en ai dit les raisons plus haut, et principalement parce que l'état morbi-

ſique de la conjonctive excède peu, dans ces circonstances, celui dans lequel se trouve cette enveloppe de la cornée lorsqu'elle est seulement nébuleuse.

XXXVII^e OBSERVATION.

Antoine Cantoni, de Casorati, jeune paysan âgé de dix-neuf ans, se présenta à cette école de chirurgie-pratique le 12 novembre 1792, avec un ptérygion qui, de l'angle externe de l'œil droit, s'étendoit sur la cornée, fort avant vers la pupille.

Le 14 du même mois, je fis asseoir le malade; je saisis avec des pinces la membrane triangulaire à une ligne et demie de distance de son sommet: je la soulevai convenablement, et l'excisai avec exactitude de dessus la surface de la cornée. Je renouvelai la prise avec les pinces sur la conjonctive variqueuse et relâchée qui formoit la base du ptérygion sur le blanc de l'œil; je la soulevai un peu et je l'emportai en croissant, proche et selon la direction du bord de la cornée.

Dans les jours suivans, il ne survint aucune enflure remarquable dans l'œil, ni dans les paupières; le malade ne fit usage d'autre topique que des lotions d'eau de mauve et de l'application d'un plumaceau sec, soutenu par quelques tours de bande.

La surface de la section, tant sur la cornée que sur le blanc de l'œil, se rétrécissoit davantage chaque jour, et la cicatrice fut achevée le 10 décembre. On remarquoit que la cicatrice sur la cornée ne s'approchoit pas autant de la pupille que le sommet du ptérygion.

XXXVIII^e OBSERVATION.

Mauro Pisani, paysan robuste, âgé de quarante-cinq ans, négligea si long-temps un ptérygion qui s'étoit formé dans l'angle interne de l'œil droit, qu'il parvint enfin à couvrir les deux tiers de toute la pupille, avec une grande diminution de la vue.

Le 22 janvier 1793, j'en entrepris le traitement : avec des pinces et des ciseaux, je séparai exactement cette membranule de la cornée, et j'enlevai, en forme semi-lunaire, une portion de conjonctive engorgée, variqueuse, qui formoit la base du ptérygion sur le blanc de l'œil. Cette excision détermina l'issue d'une quantité de sang, plus grande que celle qu'on sembloit devoir attendre d'une semblable opération.

Le cinquième jour, on vit, sur la surface de la section jaunâtre, cet enduit de mucosité, indice certain de la suppuration. Pendant tout le traitement, le malade n'employa d'autre remède externe que les lotions, trois fois le jour, avec l'eau

de mauve, et il resta presque toujours debout.

En vingt-huit jours, toute la section fut parfaitement cicatrisée. La cornée resta, selon la coutume, nébuleuse dans tout le trajet primitivement obscurci par le ptérygion; avec cette différence, que la cicatrice, devenue complète, s'avançoit un peu moins sur la pupille : aussi le malade voyoit-il moins confusément qu'avant l'opération.

XXXIX^{e} OBSERVATION.

Un menuisier âgé de trente-quatre ans, homme vigoureux, portoit, depuis plusieurs années, un ptérygion sur l'œil droit. Cette maladie s'étendoit jusqu'à l'hémisphère inférieur du globe de l'œil, au point où il est recouvert par la paupière inférieure, vers le centre de la cornée, jusqu'à recouvrir environ un quart de la pupille dans une lumière modérée.

Le 12 mars 1794, je fis asseoir le malade dans l'école-pratique; je lui fis écarter et fixer les paupières, principalement l'inférieure, par un aide intelligent. Avec des pinces, je saisis le ptérygion à une ligne et demie de son sommet; je l'élevai peu à peu en forme de pli; je le coupai avec des ciseaux un peu au-delà du bord de la cornée; je repris de nouveau, avec les pinces, sur la conjonctive qui recouvre le blanc de l'œil; avec la

base du ptérygion, j'enlevai un segment de cette même conjonctive, en suivant une ligne courbe concentrique au bord de la cornée.

Je laissai couler le sang. L'œil opéré fut recouvert de charpie imbibée d'eau végéto-minérale, et soutenue par une bande.

Le lendemain, les paupières parurent gonflées, rouges et douloureuses. J'ordonnai une saignée copieuse, et de recouvrir l'œil de sachets d'herbes émollientes. Le surlendemain, je purgeai le malade. L'inflammation se dissipa le septième jour. La conjonctive resta cependant assez engorgée et rouge, et la surface de la plaie ne parut pas encore enduite de mucus.

Le douzième jour de l'opération, cette suppuration muqueuse commença à se manifester, et par la suite le lieu de la rescision de la conjonctive fut toujours en se rétrécissant.

Si on excepte l'application des sachets d'herbes émollientes dans le principe, je n'ai constamment employé, pendant tout le traitement, d'autre remède externe que l'eau de mauve. Dans l'espace de cinq semaines, la cicatrice fut complète; cependant le malade fut encore traité pendant quinze jours. On lui injectoit, trois ou quatre fois le jour, le collyre vitriolique avec le mucilage de semences de pommes de coing; et vers le soir on lui frottoit les bords des paupières avec l'on-

guent ophthalmique de Janin. On remarqua encore, dans ce cas, que, la cicatrice terminée, la pupille étoit notablement moins embarrassée qu'elle ne l'étoit par le ptérygion.

XL^e OBSERVATION.

François Vecchi, de Calignano, paysan âgé de cinquante-sept ans, d'une foible constitution, se présenta, dans les premiers jours de mars 1794, pour être traité de deux larges ptérygions, un sur chaque œil. Depuis plusieurs années, ils le défiguroient et le menaçoient de cécité. En effet, celui de l'œil droit lui couvroit les deux tiers de la pupille exposée à une lumière modérée, et l'autre lui embarrassoit la moitié de celle de l'œil gauche. Tous deux prenoient naissance proche la caroncule lacrymale. Cet homme avoit en outre les deux yeux affectés d'une ophthalmie chronique habituelle.

J'entrepris la rescision de ces ptérygions, de la manière indiquée dans les observations précédentes. Le lendemain, les paupières, et la conjonctive de chaque œil se gonflèrent prodigieusement, elles devinrent rouges, douloureuses; il y eut de la fièvre. Je fis faire une saignée du bras; ensuite on appliqua des sangsues près des paupières. Je prescrivis une nourriture légère et un grain de tartrite de potasse antimonié, dissous

dans une livre de décoction de chiendent, à prendre à doses réfractées. Extérieurement je fis appliquer des sachets d'herbes émollientes.

Le calme reparut le huitième jour de ce traitement : c'étoit l'époque de la cessation du stade inflammatoire ; les paupières s'affaissèrent notablement. De toute manière, la conjonctive étoit assez rouge, gorgée et comme fongueuse ; la surface jaunâtre de la rescision n'étoit point encore couverte de mucosité. Persuadé que le retard de la suppuration dérivoit en partie du relâchement des vaisseaux de la conjonctive, j'étois tenté de faire usage de quelque topique astringent : mais je m'en abstins, me rappelant plusieurs cas semblables, où, après la rescision du ptérygion, les collyres astringens, loin de dissiper l'ophthalmie chronique par relâchement de la conjonctive, en avoient même reproduit l'inflammation. Aussi, chez le malade dont il s'agit, je suivis ma pratique ordinaire : je me contentai de faire usage des lotions d'eau de mauve tiède, et de porter un point d'irritation sympathique à la nuque, au moyen d'un large vésicatoire que je fis entretenir long-temps, et même réappliquer derrière les oreilles.

Le dix-neuvième jour de l'opération, l'engorgement de la conjonctive étant assez diminué, la surface de la plaie faite sur chaque œil commença à suppurer, à se couvrir de mucosité. Puis,

jusqu'au cinquante-troisième jour que dura le traitement, le lieu de la rescision des ptérygions alla en se rétrécissant par degrés, jusqu'à cicatrice entière.

Dès qu'elle fut achevée, je fis injecter, plusieurs fois le jour, dans les yeux de cet homme le collyre vitriolique, simple d'abord, puis avec addition d'un peu d'esprit-de-vin camphré; et le soir je fis usage de l'onguent ophthalmique de Janin. Ces moyens, continués pendant deux semaines, redonnèrent à la conjonctive sa première vigueur; on vit disparoître la rougeur chronique des yeux, produite par relâchement de la conjonctive de ces vaisseaux.

La cicatrice de la cornée de l'œil droit ne couvroit qu'un tiers ou un peu plus de toute la circonférence de la pupille, dans une lumière modérée; et la cicatrice de la cornée de l'œil gauche rendoit opaque un quart environ de la pupille.

CHAPITRE XII.

De l'Encanthis.

L'ENCANTHIS n'est, dans son principe, qu'une petite excroissance molle, rouge, quelquefois un peu livide, qui naît de la caroncule lacrymale, et en même temps du pli *semi-lunaire* de la conjonctive qui l'avoisine. *L'encanthis* invétéré est ordinairement d'une grosseur assez considérable [1]; ses racines s'étendent au-delà de la caroncule lacrymale, du pli *semi-lunaire*, jusqu'à la membrane interne de l'une ou de l'autre pau-

[1] Purmann, dans sa *Chirurgia curiosa*, pag. 133, nous laisse la description et la figure d'une tumeur de la grosseur du poing. Elle prenoit naissance par un pédoncule délié de l'angle interne de l'œil gauche, et pendoit sur la joue. Cependant l'obscurité qui règne dans toute la description de cette maladie, le peu d'exactitude dans le dessin, donnent lieu de douter que cette énorme tumeur prît vraiment son origine de la caroncule lacrymale et proche le repli *semi-lunaire*, ou plutôt des tégumens, immédiatement hors de la commissure interne des paupières. Purmann dit avoir heureusement extirpé cette tumeur, 1.° en la liant proche sa racine; 2.° en appliquant sur cette même racine le bouton d'un fer rouge, muni de sa canule.

pière, ou de toutes les deux. Eu égard à son origine, à son interposition entre la commissure des paupières qu'il tient nécessairement écartées du côté du nez, il en résulte une incommodité très-grande pour le malade. Cette excroissance entretient l'ophthalmie *chronique*, empêche l'action des paupières, et sur-tout de fermer parfaitement l'œil; et en outre, en comprimant d'une part, de l'autre en déviant les orifices des points lacrymaux, elle met obstacle au libre écoulement des larmes dans le nez.

Lors de sa première apparition, cette excroissance est le plus souvent granuleuse comme une mûre, ou conformée à lambeaux et frangée. Ensuite, quand elle a pris un certain accroissement elle représente une tumeur granuleuse dans une certaine étendue; dans le reste, elle ne paroît qu'une substance lisse, blanchâtre ou cendrée, striée de vaisseaux variqueux; et quelquefois elle s'avance assez sur la conjonctive qui recouvre le globe de l'œil du côté du nez, pour aller jusqu'à la réunion de la cornée avec la sclérotique. Parvenue à un degré aussi avancé, cette excroissance dont il est question intéresse constamment la caroncule lacrymale, le pli semi-lunaire, et la membrane interne de l'une ou de l'autre paupière, ou de toutes les deux. Enfin on observe, dans des circonstances semblables, qu'outre

ces racines qu'il prend de la caroncule lacry-crymale, du pli semi-lunaire et de la conjonctive du globe de l'œil, l'*encanthis* jette un appendice ou un prolongement relevé et consistant sur toute la face interne de la paupière supérieure ou de l'inférieure, dans la direction de leurs bords; ou que le milieu ou le corps, pour ainsi dire, de cette tumeur se divise, proche la cornée, en queue d'hirondelle, pour former deux appendices ou prolongemens, dont l'un s'étend le long de la surface interne de la paupière supérieure, dont le rebord le recouvre, et dont l'autre parcourt la face interne de la paupière inférieure qui le cache sous son propre bord, dans la direction qui, de l'angle interne, correspond à l'externe.

Le corps de l'encanthis, ou cette portion du milieu de toute l'excroissance qui, de la caroncule lacrymale et du pli semi-lunaire inclusivement, s'étend sur la conjonctive du globe de l'œil, presque jusqu'aux limites de la cornée avec la sclérotique, est quelquefois aussi saillante qu'une petite noix ou châtaigne; d'autres fois elle est grosse, mais déprimée et comme écrasée dans son corps, qui néanmoins conserve cette apparence granuleuse qui existoit dans le principe; tandis que l'une ou l'autre, ou les deux appendices, qui se prolongent à la surface interne

ne

de l'une ou de l'autre, ou des deux paupières, offrent, comme je l'ai dit, l'aspect d'une substance plutôt *lipomateuse* que granuleuse. Renverse-t-on les paupières; ces appendices, ou prolongemens de l'encanthis, forment une élévation qui se porte en avant. Les deux paupières sont-elles également affectées; en les renversant, ces appendices *lipomateux* représentent un anneau adossé au globe de l'œil. Fabr. de Hilden a connu et traité avec succès cette maladie, qu'il a appelée *fictus scirrhosus ad majorem oculi canthum* [1].

[1] Centur. I, obs. II, an. 1598, 20 febr. ad ædes D. Petri Dumantii verbi divini ministri ad quadragenarium habentem tumorem scirrhosum ad magnum oculi canthum, castaneæ magnitudine, colore livido, et multis venis capillaribus intertextum, vocatus fui. Ille autem tumor ab una parte adhærebat conjunctivæ membranæ usque ad iridem; ab altera verò hærebat palpebræ superiori, et lacrymali glandulæ: ita ut ad oculi motum totam cooperiret pupillam scirrhus ille. Nos (ægro purgato, prout in præcedente observatione fusiùs declaravimus), incisâ item cephalicâ in sinistro brachio, institutâque optimâ victûs ratione, præsente M. Nicolao Fevotto, et Daniele Le Clerc, Lausannensibus, forcipe nostrâ oculari hìc delineatâ apprehendimus. Tum attractâ paulatim forcipe, et inversâ superiori palpebrâ, tumorem cultello separatorio ad id apto commodè separavimus. Posteà albumen ovi aquâ rosaceâ mixtum imposuimus. Inde collyriis anodinis et abstersivis, et tandem exsiccantibus oculum intra septi-

Il semble cependant que, dans le cas rapporté par Hilden, l'*encanthis* n'avoit qu'un seul appendice situé sur la face interne et au-dessous du rebord de la paupière supérieure.

Quelquefois, comme je l'ai dit en parlant du *ptérygion*, l'*encanthis* prend une malignité cancéreuse. Ce caractère se reconnoît à la couleur d'un rouge obscur et comme plombée de l'excroissance, à son extrême dureté, aux douleurs lancinantes dont elle est le siége, et qui se propagent au front, dans tout l'œil, aux tempes, et

manas tres, visu plane illæso, persanavimus. Interim tamen purgationes aliquoties iteravimus, et cucurbitulas cum largiori flamma scapulis et nuchæ admovimus. Defensivum item fronti et temporibus applicuimus.

Collyrium anodinum.

Rec. mucilag. sem. cydon. plantag. cum aqua rosacea extractæ, lactis muliebris, ana uncias duas: camphoræ, croci, ana scrupulum dimidium. Misce, et applica tepidè.

Collyrium exsiccans.

Rec. aquarum plantag. rosar. ana uncias quatuor, tutiæ præparatæ, cornu, cervi usti et præparat. cerussæ lotæ, ana drachmam unam. Misce, fiat collyrium. Hic monitos velim chirurgos, collyria in quæ ingreditur lac, æstate singulis, hieme verò alternis diebus iteranda esse. Acescit enim lac, et acre efficitur: hinc dolores et inflammationes excitat.

surtout après avoir légèrement touché cette tumeur; on le reconnoît encore par l'écoulement facile du sang, par l'ulcération de quelques points de sa surface, d'où s'élève une substance fongueuse et d'où suinte une humeur ténue très-âcre. Cette mauvaise espèce, ou plutôt cette dégénération de l'*encanthis*, ne peut être traitée que par les palliatifs, à moins qu'on ne veuille tenter son extirpation totale, et celle de tout ce qui est contenu dans toute la cavité de l'orbite : encore le succès en est-il fort douteux.

L'*encanthis* bénin, quel que soit son volume, se traite par l'extirpation. Celui qui est petit, commençant, granuleux comme une mûre; ou celui à franges, tous deux nés de la caroncule lacrymale et du repli *semi-lunaire* de la conjonctive, ou de ces deux parties en même temps, et même un peu des ourlets des paupières qui forment leur angle interne, ou leur commissure du côté du nez, se soulèvent avec des pinces et se coupent avec des ciseaux à cuiller tout près de leur base, dans toute l'étendue de leur origine. Pour pratiquer cette opération, il n'est pas nécessaire de traverser, comme le font quelques-uns, d'une aiguille et d'un fil cette petite excroissance pour la soulever et détruire avec précision toutes ses origines ou adhérences, puisqu'on parvient au même but à l'aide des pinces, sans in-

commoder le malade de toutes ces piqûres et du passage de ce fil, pour en former une anse. Cependant, en excisant cet *encanthis* peu volumineux, il est nécessaire que, dans la portion qui tire son origine de la caroncule lacrymale, on ne comprenne dans l'incision qu'autant de substance de la caroncule qu'il en est besoin pour déraciner la maladie avec précision, afin qu'en en emportant trop, on n'occasionne point un larmoiement irremédiable.

Après avoir détruit toutes les racines de cette petite excroissance, on lave plusieurs fois l'œil avec l'eau froide, pour en enlever le sang; puis on le couvre d'un linge fin et d'un bandage contentif. Les cinquième, sixième ou septième jours, la période inflammatoire occasionée par l'opération est entièrement cessée; la suppuration devient muqueuse dans les points de la rescision. On touche alors les petites plaies avec un bouton de sulfate d'alumine taillé en *crayon;* et plusieurs fois le jour on injecte dans l'œil opéré le collyre vitriolique avec le mucilage de semences de pommes de coing. Si ces moyens n'effectuent pas la cicatrice que l'on désire; si, au contraire, les petites plaies existantes sur la caroncule et sur la commissure interne des paupières deviennent baveuses et stationnaires, on les touche plusieurs fois avec le nitrate d'argent fondu; ayant

soin d'épargner la conjonctive autant que possible, surtout si elle a été un peu incisée. La fongosité détruite, le traitement se complète avec le collyre dont j'ai parlé, ou bien en introduisant trois fois le jour, entre le globe de l'œil et l'angle interne des paupières, la poudre de tutie et du bol d'Arménie. Bidloo vante beaucoup la poudre de nitrate de chaux, simple ou combinée avec le sulfate d'alumine privé de son eau de cristallisation. (*Exercit. anat. chir.* decad. II.)

L'*encanthis* invétéré, très-gros, écrasé dans son corps, relevé comme une noix ou une châtaigne, avec deux appendices *lipomateux* le long de la membrane interne de l'une ou de l'autre paupière, ou de toutes les deux, se traite également par l'incision. La ligature de cette excroissance ne peut jamais être regardée comme un moyen curatif, puisque l'*encanthis* gros et invétéré n'a jamais un col ou pédoncule assez rétréci pour permettre qu'on l'embrasse avec une ligature : mais, au contraire, quand cette tumeur est volumineuse, ses racines s'étendent constamment à la caroncule lacrymale, au repli *semilunaire*, à la conjonctive qui recouvre le globe de l'œil, jusque très-près, souvent, de la cornée; elle a un ou deux prolongemens *lipomateux* sur la membrane interne de l'une ou de l'autre paupière, ou de toutes les deux. C'est pourquoi,

bien que la ligature fasse tomber le corps de l'*encanthis*, il resteroit encore à extirper l'un ou l'autre, ou les deux prolongemens *lipomateux* : cette seconde opération ne pourroit s'exécuter que par l'excision. Eu égard à cette maladie, c'est une crainte mal fondée que celle de l'hémorragie, à laquelle les fauteurs de la ligature attachent beaucoup d'importance, puisque nous avons un très-grand nombre d'observations d'*encanthis* considérables et invétérés, emportés sans le moindre accident dépendant de la perte du sang. Je pourrois leur en adjoindre un grand nombre qui me sont propres, et qui, sur ce point [1], doivent détruire tous les doutes. Dans le cas observé par Fabrice de Hilden, d'*encanthis* gros, invétéré, avec un seul prolongement sur la membrane interne de la paupière supérieure, dès que ce praticien eut saisi avec sa tenaille et tiré à lui le corps de la tumeur, après avoir fait renverser la

[1] Pellier (*Recueil d'observ. sur les maladies de l'œil*, part. II, observ. 118) rapporte le cas où l'*encanthis*, quoique bien excisé par un habile oculiste, fut cependant suivi d'une hémorragie dangereuse. Il n'entre cependant dans aucun détail sur la nature du mal, ni sur le manuel de l'opération ; circonstance d'où il eût pu déduire la cause d'un accident qui n'est pas ordinaire. En effet, le même auteur ajoute : *J'ai souvent fait cette opération à des excroissances de cette nature, et jamais je n'ai éprouvé un pareil accident.*

paupière supérieure, de manière que ce prolongement lipomateux fût saillant dans toute son étendue, il disséqua ce prolongement; et, en continuant son incision, il sépara entièrement le corps de l'*encanthis* de la conjonctive qui recouvroit le globe de l'œil, du pli *semi-lunaire* et de la caroncule lacrymale : cette opération eut le plus heureux succès. Elle doit servir de modèle et de guide aux chirurgiens qui auront occasion de traiter cette maladie.

Quand ensuite l'*encanthis* invétéré et volumineux a deux prolongemens *lipomateux*, dont l'un occupe la face interne de la paupière supérieure, et l'autre celle de l'inférieure, il faut alors procéder de la manière suivante. On fait asseoir le malade : un aide lui renverse la paupière supérieure, de manière qu'un des prolongemens de l'*encanthis* fasse saillie au dehors. A l'aide d'un petit bistouri, on l'incise profondément dans la direction de l'ourlet; puis, après l'avoir saisi et tiré en avant avec la pince [1], on le sépare, dans toute sa longueur, de la face interne de la paupière supérieure, en procédant de l'angle externe de l'œil vers l'interne, jusqu'au corps ou à la portion moyenne de l'*encanthis*; on se conduit de même pour le prolongement lipomateux de la face interne de la paupière inférieure. On soulève

[1] Planche III, fig. VIII.

ensuite le corps de l'*encanthis* avec des pinces, si l'on peut; sinon, on prend une érigne double; et, en partie avec le bistouri, en partie avec les ciseaux à cuiller, on sépare entièrement le corps de l'*encanthis* de la conjonctive subjacente qui recouvre le globe de l'œil, du repli *semi-lunaire* et de la caroncule lacrymale, en pénétrant plus ou moins dans la substance de la caroncule, selon que l'exigent la profondeur et la dureté de cet encanthis volumineux et ancien: puisque, car il convient de le dire clairement, quand il s'agit d'encanthis invétéré et de grosseur remarquable, profondément enraciné dans la caroncule lacrymale, il n'est pas toujours au pouvoir du chirurgien d'épargner assez la substance de la caroncule pour que, la plaie étant cicatrisée, il n'en résulte point de larmoiement.

On lave souvent l'œil avec l'eau froide; le traitement consécutif de l'encanthis volumineux extirpé est à peu près le même que celui que j'ai indiqué en parlant du petit encanthis commençant : les fréquentes lotions avec l'eau de mauve, et les collyres anodins et détersifs, sont les remèdes locaux qui conviennent le plus, jusqu'à ce que la suppuration muqueuse soit bien établie dans le lieu de la rescision. On peut ensuite recourir aux légers astringens et à la pommade mentionnée plus haut. En général, les topiques

les plus doux sont les meilleurs, et dans le premier stade de la suppuration, et après, surtout quand avec l'*encanthis* on a emporté une portion considérable de la conjonctive qui recouvre le globe de l'œil vers le nez, et à laquelle étoit étroitement uni le corps de l'excroissance.

L'observation suivante de Marchettis éclaircira encore davantage le contenu de ce chapitre. *Curavi quemdam canonum polonum laborantem meliceride magnitudinis jujubæ, quæ a caruncula anguli majoris oculi ad totam pupillam porrigebatur. A multis tentata curatio medicamentis, decretis licet, collyriis et aliis hujusmodi; omnia tamen octo mensium spatio incassum adhibita. Cùm verò me consuluisset, ipsum tumorem evellendum censui; quod cùm reformidaret, spe tamen salutis operationem admisit, quam statim molitus sum, corpore priùs expurgato accuratissimè, ab aliis medicis. Paravi itaque hamulum, quo ipsam melicеridem perforavi, et manu apprehendi, alterâ verò forcipe eamdem cum folliculo sectione separavi tum a caruncula, tum a tunica adnata, et ipsa pupilla; atque ita totum tumorem eduxi sine ulla offensa ipsius oculi; a quibus statim applicui gossypium imbutum aquâ rosaceâ cum ovi albumine agitatâ, et portiunculâ croci, patiente tres dies hoc*

modo fasciâ vincto ; adhibito post modum collyrio cum aqua rosarum, et pulvere tutiæ præparatæ ; quibus spatio octo dierum omnino convaluit æger, in crepante licet meam præceptore meo AB ACQUAPENDENTE *audaciam cum tamen brevi spatio temporis id præstiterim, quod alii medici non potuerunt perficere ; idque præsentibus præclarissimo Joanne-Dominico* SALA *cum multis studiosis.*

FIN DU PREMIER VOLUME.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

CHAPITRE PREMIER.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

CHAPITRE IV.

CHAPITRE V.

CHAPITRE VI.

CHAPITRE VII.

est

CHAPITRE VIII.

CHAPITRE IX.

CHAPITRE X.

CHAPITRE XI.

CHAPITRE XII.

Fin de la Table analytique des matières.

Pl. I.

d f a c e b g

Gravé par Adam